



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DAYANE LUNA E
FERNANDA NOVAES DE OLIVEIRA

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL E A OFENSIVA
NEOLIBERAL NO BRASIL

Rio de Janeiro

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DAYANE LUNA E
FERNANDA NOVAES DE OLIVEIRA

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL E A OFENSIVA NEOLIBERAL NO
BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários á obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Luana Siqueira

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS DE DAYANE

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por ter me ajudado a concluir essa etapa da minha vida, e o mesmo com certeza me ajudará a ser uma grande profissional com o saber que eu adquiri no decorrer do curso.

Agradecer aos meus amados pais, Maria Da guia Luna e José Luna, que me deram alicerce para que eu chegasse até aqui após 4 anos e meio de puro investimento, não apenas, como também, o investimento na minha educação desde a época da escola, 1994.

Não esquecendo dos meus amigos da faculdade na qual foram essenciais para que eu chegasse até o final do curso firme e forte, meio a tantos risos, choros e companheirismo. Aos meus melhores amigos da vida, que aguentaram fortemente minhas oscilações do humor, diante as minhas limitações.

Gostaria de agradecer, com certeza, aos grandes professores que me deparei na formação acadêmica, e em primeiro lugar a grande professora e pessoa Luana Siqueira. Essa que por sua vez, esteve presente no meu momento de desespero e soube me acalmar nos momentos difíceis, assim como, foi um grande mestre nos seus ensinamentos, na qual levarei para vida e para o meu campo de atuação.

Agradecer a banca, que representam grandes professores que passaram pela minha vida acadêmica. Agradecer pela oportunidade de eu ter tido como mestres e agradecer por fazerem parte desse meu encerramento.

Fechando então, comentando sobre as minhas supervisoras do campo de estágio Glória Maria e Raquel Cruz, que foram grandes responsáveis pela construção do meu saber e adoração pela saúde mental. Campo esse, que pretendo me aprofundar cada vez mais com comprometimento e profissionalismo.

AGRADECIMENTOS DE FERNANDA

Em primeiro lugar, assim como Ele está em tudo em minha vida, agradeço a Deus, que abriu as portas para que eu pudesse ingressar numa faculdade pública, algo que para mim seria impossível, e por me ajudar em tudo o que faço, desde ao acordar e ir para a faculdade em segurança até em me dar forças para estudar e agora, finalmente, me formar.

Ao meu amado esposo, que sempre me apoia e me motiva a continuar, que em momentos estressantes, nos quais dá vontade de jogar tudo para o alto, ele com sua calma me acalma e acaricia meu coração me motivando e me dando motivos para que eu avance, sempre me mostrando que sou capaz e me ajudando em tudo que ele pode.

Aos meus pais e irmãos, que tanto amo, e que sempre me apoiaram me ajudando seja financeiramente em quase toda a minha trajetória da formação acadêmica e em toda a minha escolaridade buscando me dar o melhor com todo o esforço e suor fazendo o possível e impossível e me encorajando a me formar e ter uma carreira de sucesso.

Aos meus muitos queridos amigos, que sempre fazem parte da minha vida e fizeram nessa trajetória, agradeço pelo apoio e compreensão.

Às minhas tias Marinete, Madalena e Leda que sempre me ajudaram em tudo o que podiam dando apoio financeiro, por um tempo de minha formação, para que eu pudesse concluir com êxito.

Às minhas supervisoras de estágios Thais e Tais, que pra sempre ficarão guardadas no meu coração e memória pela contribuição para o meu amadurecimento profissional e pelo afeto e vínculo que se formou entre nós.

À minha orientadora fofa, Luana, que Deus me direcionou até ela. Obrigada pela compreensão de toda ansiedade, pela boa orientação e pelo carinho, fatores estes primordiais para a efetuação deste trabalho. Aos demais professores da banca.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho.

RESUMO

LUNA, Dayane e DE OLIVEIRA, Fernanda Novaes. **Desinstitucionalização na saúde mental e a ofensiva neoliberal no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de conclusão de curso – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio De Janeiro.

Este trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo refletir sobre a desinstitucionalização da saúde mental e a ofensiva neoliberal no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada a partir de análise de fontes secundárias (livros, teses, dissertações e monografias) e de nossa inserção no campo da saúde mental, como estagiárias.

Para contextualizar sobre a desinstitucionalização na saúde mental, tornou-se imprescindível apresentar uma problematização dos temas, destrinchados em capítulos, na seguinte maneira: 1 Reforma Psiquiátrica e os avanços da década de 80; 2 Contrarreforma do Estado e as Políticas Sociais e 3 Contrarreforma do Estado e a Reforma Psiquiátrica.

Devido poucas publicações sobre este tema, mesmo com tamanha importância, mostrou-se a necessidade de novas pesquisas.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Ofensiva Neoliberal.

SUMÁRIO

Introdução	07
Capítulo 1- Reforma Psiquiátrica e os avanços da década de 80	11
1.1 História mundial da Reforma Psiquiátrica	11
1.2 Desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica	15
1.3 No Brasil: Constituição de 1988, Saúde e Saúde Mental	21
Capítulo 2- Contrarreforma do Estado e as Políticas Sociais	30
2.1 Crise do capital	30
2.2 Política Social e o Neoliberalismo	40
2.3 Refuncionalização do Estado e o Neoliberalismo	44
Capítulo 3- Contrarreforma do Estado e a reforma Psiquiátrica	49
3.1 Projeto Neoliberal e seu impacto na Constituição Federal de 1988	49
3.2 Contrarreforma do Estado e a Reforma Psiquiátrica no Brasil	54
Considerações finais	58
Referências bibliográficas	61

Introdução

Nossa escolha de tema tomou-se por base nossa experiência de estágio na área de saúde mental, que mediante a visualização de grande inserção da lógica de desinstitucionalização dos pacientes e a demanda ocorrente por esta nos fez querer aprofundar em estudos sobre o assunto.

Diante do tema escolhido tivemos como objeto a contrarreforma Psiquiatria no Brasil e sua relação com a ofensiva neoliberal no sistema de saúde mental brasileira a partir de 90 com o objetivo de problematizar a influência do avanço do modelo neoliberal no processo de desinstitucionalização da saúde mental no Brasil.

Nossas hipóteses, a serem problematizadas neste trabalho, são:

1ª- Há uma relação entre reforma psiquiátrica e a contra reforma do Estado; **2ª-** Na ausência da ação do Estado no enfrentamento dessa manifestação da *Questão Social* criam-se subterfúgios (oficinas, cooperativas, residências terapêuticas em pequeno número) que não respondem a totalidade da demanda ao mesmo passo que os modos *Tradicionais* de enfrentamento não existem mais; **3ª-** A desresponsabilização do estado a favor do livre mercado, leva a retrocessos sociais e políticos impactando na redução dos leitos psiquiátricos na medida extras hospitalares, repassando a efetividade para os setores privados, comunidade e familiares; **4ª-** O Estado neoliberal ressocializa os custos dos serviços de saúde a favor do setor privado da medicina.

A reforma psiquiátrica no Brasil começa a criar um molde em meados da década de 70, por causa da crise econômica mundial e crise sanitária. A partir do projeto hegemônico que surge mundialmente, diminuindo os gastos sociais. As ideias para uma reforma sanitária no Brasil se evidenciam com a união dos trabalhadores na área da saúde, sem sucesso.

A nova assistência psiquiátrica discutida e a redução da "mercantilização" da loucura, não foram almejados como esperado, através das novas alternativas

humanizadoras, por causa da evidente privatização da assistência psiquiátrica, herdada do modelo médico-privatista, e do lucro gerado pelo setor.

A autora Rodrigues (1996) com base em Vaissman aponta que na década de 70 fortaleceu-se os setores privados e a lucratividade do setor da medicina, pois, como esperado, os recursos extra hospitalares e os ambulatorios não avançaram e sim ficaram, basicamente, estagnados. O período não passou de um complexo descompasso entre as ideias da desinstitucionalização e a psiquiatria comunitária, pois, o asilamento e as internações foram privilegiados, não havendo a sua respectiva redução. As contribuições da autora mostram a desarticulação do possível avanço da psiquiatria e sua mercantilização, contribuindo para o aumento dos leitos:

"no período após 74, e da política de saúde mental, que favorece a utilização de recursos extra hospitalares, não houve redução do número de leitos contratados. Ao contrário, eles passaram de 41.997, em 1978, a 43.480 leitos em 1980; isto significa 1.438 leitos em dois anos"(Rodrigues, 1996:50)

Na década de 80, diante da crise da economia brasileira, da alta inflação, dos altos índices de desemprego e das dívidas públicas, a transição para uma estrutura democrática é evidente diante dos movimentos que se originam, principalmente, entre os organizadores da saúde mental, que vão contra o saber conservador, objetivando criar um novo modelo manicomial, com a redução dos leitos e com a criação de novas redes institucionais. Isso é conhecido como a reforma psiquiátrica desinstituinte. O primeiro mecanismo alternativo à internação duradoura do paciente foi criado em 1987, conhecido como CAPS e NAPS, o último agrega egressos dos hospitais psiquiátricos, com 24 horas de funcionamento.

As ideias inspiradoras para uma nova construção do direito civil, e as conquistas democráticas se entrelaçam com o projeto neoliberal, que faz com que a vitória seja regressiva, tomando em questão a área da saúde, pois ao invés de ir em direção a universalização, segue ao lado da privatização, seletividade e descentralização dos

serviços, havendo uma piora na década de 90 com o livre mercado e com a limitação do Estado.

De acordo com Rodrigues (1996), Vaissman aponta que a desinstitucionalização começa a ocorrer de maneira lenta e gradativa na década de 80, retomando as ideias da década anterior, deslocamento da assistência hospitalar para o espaço extra hospitalar; a reinserção social do paciente e a participação comunitária como elementos essenciais da estrutura assistencial ser erigida. A finalidade é acabar com as internações e ressocializar os pacientes psiquiátricos.

No começo de 90 ocorre o avanço dos serviços alternativos às internações, através das novas propostas municipais relacionadas à reforma psiquiátrica, com a finalidade de pôr fim ao modelo abusivo do tratamento asilar, havendo a concretização definitiva do modelo desinstituinte. A visão e objetivo atual do tratamento ao paciente psiquiátrico são aceitos em diversos estados brasileiros a partir de 1992, com o projeto lei Paulo delgado. . A lei Paulo delgado vigente na lei 3.657/89 visa reduzir as internações, acionar maiores direitos e proteção ao paciente da saúde mental, porém, não há de fato a redução do asilamento pelo paciente, por causa da lógica neoliberal já instaurada no país, fazendo surgir várias correntes a favor ou contrária a esse projeto.

O debate sobre o fim do ambiente hospitalocêntrico, não passa de uma lógica de redução dos serviços e gasto Estatal, tendo a influência da lógica neoliberal e seu viés dos serviços privados. A defesa dos conservadores da reforma psiquiátrica é a favor da maturação dos hospitais e não do fim destes. Pois, o setor da medicina gera alto lucro para a Federação Brasileira dos Hospitais na qual o Estado socializa os custos da produção dos serviços médicos prestados.

A outra defesa em a favor da desinstitucionalização, porém, precisa-se de ferramentas concretas que assegure os serviços extra-hospitalares para não gerar uma nova "questão social" e abandono dos pacientes. Pois, a concretização segura para a desinstitucionalização é substituída pela lógica da desospitalização, por causa da falta

de investimento público com novos leitos e alternativas de serviços, gerando uma nova cronificação.

Segundo Rodrigues(1996) com base em Lima e Teixeira, entre os anos de 1984 e 1991, acontece a redução dos leitos psiquiátricos de maneira inadequada, por conta de questões já explicitadas acima, nos setores públicos, enquanto, os privados não há uma redução tão significativa. Havendo uma diferença de 32,4% na rede pública e 14,7% na rede privada. O gasto público com internação psiquiátrica reduziu e o gasto com as clínicas psiquiátricas aumentou. Os autores colaboram dizendo:

" a desconsideração da mercantilização da saúde e sucateamento do setor público na luta contra o manicômio pode levar a um agravamento ainda maior da oferta de serviços de saúde mental no país, principalmente para os pacientes mais graves e crônicos"(Rodrigues, 1996:62).

Com base na nossa experiência de campo estágio no CAPS Torquato Netto e IPUB analisamos que, atualmente, o hospital psiquiátrico que utilizamos como alicerce para este trabalho tem passado por uma crescente fragmentação no atendimento. Um dos problemas é a busca cada vez mais rápida da alta médica, por conta da falta de leitos para a quantidade alta de demanda, que vem crescendo cada vez mais. A medida em que outras instituições têm sido fechadas, o sistema tem deteriorado o atendimento. Logo, o resultado desse atendimento superficial tem acarretado péssimos resultados, utilizando o excessivo uso de medicamentos para que se tenha uma resposta rápida, e pela busca da responsabilização dos familiares- mesmo que estes não possuam um vínculo- para que estes tenham responsabilidades junto ao tratamento do indivíduo, assim como sua habitação.

A respeito da habitação, esta gera um enorme problema quando o paciente não a tem, pois responsabiliza-se os familiares de promover-la para que se tenha a alta o quanto antes. Isso é algo muito presente no cotidiano do respectivo hospital, que muitas vezes

necessita acionar ao ministério público quando há uma resistência por parte desses familiares.

O que precariza ainda mais o atendimento é a falta de profissionais, principalmente de assistentes sociais, tendo equipes que atendem a uma grande demanda, em média 50 pacientes, contando uma assistente social e duas estagiárias para atender a todos. Não sendo deste modo possível ter-se um atendimento de qualidade, e por isso, existem pacientes que chegam a não serem atendidos. Isto é resultante da não abertura de concursos para a área por um longo tempo, o que demonstra ainda mais a não preocupação por parte do Estado com a saúde mental.

As explicações geradas levam a hipótese de que a desinstitucionalização se reduz a uma mera "desospitalização" do paciente por tempo provisório na sociedade atual, por causa de programas alternativos insuficientes e o investimento no setor privado. O Estado diminui sua ação dando abertura ao setor médico privado, ampliando a não limitação do mercado, que faz com que o paciente psiquiátrico, na maioria das vezes, se insira no mercado de trabalho para gerar renda, nas próprias instituições, como medidas alternativas à lógica asilar, estimulando a política de geração de renda, ampliando, assim também, os trabalhos protegidos em empresas.

Tendo em vista todo este contexto, em que o Capitalismo no decorrer da história abraça aos seus interesses, e que se apresenta a reforma psiquiátrica como sendo parte dele, ou seja, indo de contra ao bem comum, justifica-se nosso interesse pelo tema. Portanto, este presente trabalho visa demonstrar e desmistificar, através de processos acarretados pelo sistema neoliberal, problemas resultantes após a reforma psiquiátrica na saúde mental, com a ajuda de dados da pesquisa bibliográfica.

Capítulo 1

Reforma psiquiátrica e os avanços da década de 80

Este capítulo visa demonstrar o apanhado mundial das conquistas e concomitantemente da regressão da Reforma Psiquiátrica e seu reflexo na saúde mental brasileira. Ao abranger a desinstitucionalização como método de ressocialização do paciente na sociedade junto aos seus direitos visto em lei. O projeto neoliberal desfaz essa faceta da boa imagem da lógica desinstituinte mostrando na prática a redução de leitos hospitalares e fechamento de alguns hospitais, fazendo jus a racionalização financeira e administrativa deste sistema excludente.

1.1 História mundial da Reforma Psiquiátrica

Como aponta Amarante (1998) o avanço do reconhecimento da loucura como doença mental surge no século XIX, introduzido por Philippe Pinel, na qual ultrapassa o tratamento da loucura feito na idade média, onde o paciente era excluído da sociedade e muitas das vezes morto por ser visto como um perigo social. O louco, portanto, era culpabilizado por sua loucura, não sendo reconhecidos como tal, e, os hospitais tinham o intuito de recolher os ditos ameaçadores sociais, sem uma visão clínica.

Ainda sobre Philippe Pinel, Amarante diz que no final do século XVIII, este foi o grande percussor na origem do modelo institucional asilar, pois dizia que, o estudo da loucura só era possível com o isolamento, não só isso, como a forma de isolar o paciente serve para que o tratamento seja efetivo, com a visão de que a sociedade o perturba, retardando a sua recuperação. O asilamento do paciente é mediado por via medicamentosa através da responsabilidade médica, tal forma de tratar os pacientes vira alvo de críticas no pós-segunda guerra. Sendo visto, agora, o asilo, não como uma recuperação terapêutica e sim um controle social.

No pós- segunda guerra à pobreza e a demanda dentro dos hospitais psiquiátricos

se expandiram, principalmente devido aos militares que se encontravam desestabilizados devido à guerra, começa, então, uma nova forma de pensar sobre a psiquiatria. Ainda no período da guerra o abandono dentro dos hospitais, com medidas abusivas de tratamento, foram uma das causas para que o modelo de institucionalizar o paciente se transformasse em desinstitucionalizar.

Souza (2006) referenciando Castel (1978) critica o modelo Pineliano, pois, diz que o isolamento do paciente é uma forma de classificar os tipos de loucura, tendo o significado de uma doença de ordem moral, não se importando com o real significado da loucura, valorizando apenas a aparência do estudo.

Tal autor mostra que o modelo asilar nos hospitais psiquiátricos vigorou no final do século XVIII, tendo seu ideal enfraquecido no pós-segunda guerra. A grande miséria e pobreza pós-guerra vieram acompanhadas por altas demandas no hospital psiquiátrico, entretanto, a falta da abrangência através de métodos inovadores, levou a uma maior cronificação e segregação dos pacientes. A única estratégia que existia no final do século XVIII e XIX era a utilizada pela instituição médica, àquela que vivia no limite das paredes institucionais. Com isso, em seguida, surgem várias críticas sobre o método terapêutico médico, havendo a mudança institucional com a reformulação da estrutura e práticas no século XX.

"De um modo geral, a duração e os eventos da guerra transformaram o universo dos hospitais psiquiátricos. O racionamento de alimentos, assim como o rigor do inverno nas construções que não se podiam mais aquecer, arrastaram à morte um terço dos doentes hospitalizados. Um certo número de psiquiatras denunciaram o que eles chamaram de uma forma de 'exterminação doce' "(Billiard, 2001:100 apud Souza,2006).

Segundo Rodrigues (1996), as críticas transformaram a psiquiatria a fazendo passar por várias vertentes políticas e históricas, acompanhadas de um saber profissional sobre a loucura mais humanizado e com métodos inovadores. Os países percussores do novo modelo institucional foram Inglaterra, França, EUA e Itália. A primeira transformação que ocorreu nos hospitais psiquiátricos teve início na Inglaterra e França, através das comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional, não tendo como objetivo eliminar

os hospitais, e, sim, descaracteriza-los, com um tratamento terapêutico coletivo.

Autora aponta que "*(...) são enfatizados como elementos fundamentais para o tratamento: a participação dos pacientes, funcionários e técnicos na dinâmica institucional, as psicoterapias grupais e a terapia ocupacional*" (Rodrigues, 1996:9). A descaracterização dos hospitais como um ambiente de reabilitação, tem o objetivo diminuir a cronicidade dos pacientes e a alta segregação.

Nos anos 60 aparecem outros modelos da reforma psiquiátrica, conhecidos como psiquiatria preventiva, psiquiatria de setor e a anti-psiquiatria, tendo como referência os seguintes países, Estados Unidos, França e Inglaterra. Os dois primeiros modelos são desenvolvidos e estudados nos EUA e França.

. Nos Estados Unidos, vigora os recursos extras-hospitalares, hospital dia e centro de saúde mental comunitária. Estes são vistos como escopo para tratar o paciente, evitando que seu estado clínico se agrave com a segregação e cronicidade advinda das antigas práticas hospitalares. A medida interventista psiquiátrica passa uma ideia de educação moral, através da falsa perspectiva de evitar e identificar a doença ao prevenir, com o novo modelo psiquiátrico estendido para a comunidade. Educação moral consiste em reestabelecer uma estrutura dentro da sociedade, na qual todos possam participar do processo de controle sobre a doença dentro da instituição atuante do território.

Na França, a psiquiatria de setor era baseada nas estruturas extra-hospitalares, de acordo com o território, fazendo o atendimento quando necessário, principalmente, aos egressos ao tratamento. As unidades de pronto atendimentos, oficinas terapêuticas, serviços de internação parcial são responsáveis por esta nova estrutura. Dizemos então, que a responsabilidade dos recursos extra-hospitalares é repassado para a comunidade, sendo o verdadeiro centro terapêutico do paciente.

O modelo interventista mais significativo que quebrou com todos os paradigmas e conceitos da saúde mental surgiu na Inglaterra, também, na década de 60, com a chamada anti-psiquiatria. O modelo criado na Inglaterra inspirou o modelo de desinstitucionalização na Itália.

“(...)reforma psiquiátrica inglesa emergida nos anos 60. Aqui a contestação a assistência asilar se estendeu ao saber e prática da psiquiatria, identificada como instrumento de controle e exclusão social(...). A experiência não objetivava a reforma das instituições psiquiátricas, compreendidas como eminentemente arbitrárias, mas almejava espaços alternativos ao hospício, fora do circuito assistencial público” (Rodrigues, 1996:11).

A anti-Psiquiatria foi importante para que a psiquiatria democrática da Itália tivesse um novo rumo em relação ao tratamento do paciente psiquiátrico, através do modelo desinstituinte, mostrando avanço. Os hospitais que tem os recursos assistenciais psiquiátricos são abolidos, pela primeira vez, na Itália, em Gorizia sob a coordenação de Basaglia, o que fez com que os serviços alternativos fossem almeçados.

Os serviços comunitários de atenção à saúde, agora, fazem parte, segundo Rodrigues (1996), aos "centros de saúde mental territorializados, funcionando em horário integral durante todos os dias da semana; grupos apartamentos e residências para ex-internos e usuários dos centros; (...) e serviço de emergência psiquiátrica em hospital-geral" (Rodrigues 1996:11). O novo olhar ao paciente fora do ambiente psiquiátrico, não mais visa excluí-lo ou controlar sua realidade mental com o conceito da cura ou retardar a loucura, e, sim, envolve-los socialmente, sem tentar transforma-los, os reconhecendo.

Apontamos assim, que a redução dos leitos psiquiátricos, originado pela Psiquiatria democrática Italiana, influenciou na reforma psiquiátrica em diversos países, dentre eles, como será mostrado no decorrer do estudo, o Brasil.

Para Amarante (1998), o questionamento do novo modelo psiquiátrico é voltado para a idéia de que a desospitalização é um saber que envolve apenas a extinção dos manicômios, o que não visa compreender de fato a instituição em si, com uma prática e saber baseados nos fenômenos sociais e históricos ao que se refere à desinstitucionalização.

Com o mostrado anteriormente, entende-se que ao longo da transformação psiquiátrica a responsabilização da psiquiatria foi sendo reduzida, em um primeiro momento, sob o conceito de humanizar os manicômios. Já no segundo momento, de

banir os hospitais psiquiátricos, transferindo sua responsabilização para os serviços extra hospitalares, porém, a falta da estrutura deste último, para humanizar o paciente, fez com que o conceito desinstitucionalizar se reduzisse a desospitalizar. Assim, a psiquiatria se desresponsabiliza pelo doente mental, trazendo consequência ao próprio paciente, família e sociedade. As medidas extra hospitalares é uma desculpa do próprio Estado para desinstitucionalizar os pacientes, diminuindo o investimento nessa área ao repassar sua efetividade para a família.

1.2 Desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica

Sobre o contexto de Reforma Psiquiátrica podemos adentrar ao conceito de desinstitucionalização que o fez surgir. Quanto à reforma psiquiátrica Rodrigues (1996) citando Vasconcelos diz que a constituição e o desenvolvimento do Welfare State, que iremos abranger no próximo capítulo, assim como também sua crise é indutora da Reforma Psiquiátrica. E que a Reforma Psiquiátrica pode ser reduzida a um processo de desospitalização, fechamento de hospitais psiquiátricos, sem a cobertura necessária à comunidade, afetando rigorosamente a assistência à saúde mental.

Ao referenciar Amarante, a autora Dos Santos (2014) fala sobre a desinstitucionalização e acrescenta: *“O processo de desinstitucionalização é, portanto, aquele que tem como princípio básico a reconstrução das relações estabelecidas dentro e fora do espaço do hospital, que com a institucionalização da loucura ultrapassaram seus muros e chegaram até as relações cotidianas de hábito, trabalho e família”*. (Dos Santos, 2014:36)

De acordo com Rodrigues (1996), esta menciona que uma de suas hipóteses, é de que a Reforma Psiquiátrica, enquanto política social de desinstitucionalização psiquiátrica é em parte expressão de mudanças na assistência médica imposta pela dinâmica e contradição do Capital Monopolista, colocando novas demandas à medicina e a psiquiatria.

A autora citando Eymard Vasconcelos (1989) fala sobre a análise da medicina comunitária que tem uma estreita relação com a administração científica do trabalho desenvolvido no capitalismo. O eixo escolhido por este autor permite a compreensão de que os serviços de Atenção Primária à saúde ao mesmo tempo em que conformam a universalidade da cobertura assistencial à saúde também atendem a reprodução do capitalismo monopolista. Desta forma a expansão dos serviços de saúde e a racionalização da assistência médica caminham juntas pelo mesmo propósito.

“Procuró mostrar neste estudo que os Serviços de Atenção Primária à Saúde têm uma relação fundamental com a administração científica do trabalho desenvolvida na fábrica capitalista. Primeiramente, eles são resultados de políticas sociais que emergiram a partir do Capitalismo Monopolista do Estado cuja estruturação só foi possível através do taylorismo e do fordismo. Em segundo lugar é justamente essa racionalidade a base para a redefinição interna da prática médica nesses novos serviços de Atenção Primária a Saúde”(Vasconcelos, Eymard,1989 apud Rodrigues, 1996:23).

Ainda segundo a autora, o momento de desenvolvimento desta medicina comunitária coincide com a crise do Estado de bem-estar que pressionado pela crise econômica e como forma de reduzir os custos sociais com as políticas sociais, sem ocasionar prejuízo à legitimação social, o Capital Monopolista amplia os projetos estatais e racionalizadores de saúde. Princípios tayloristas de administração do trabalho foram fundamentais na estruturação dos novos serviços de atenção primária à saúde, princípios estes que asseguram duplamente a redução de custos da ampliação assistencial médica e o controle social da tensão entre capital e trabalho.

A autora citando Eymard Vasconcelos (1989) dá ênfase na utilização de auxiliares de saúde recrutadas da própria comunidade e submetidas a curtos treinamentos. Sendo esta participação comunitária também funcional a perspectiva racionalizadora de estruturação de assistência médica. Neste sentido a participação comunitária funciona como controle da produção em nível das unidades de saúde, colaborando para o aumento de sua produtividade e consequentemente para a diminuição dos seus custos, também contribuindo para o barateamento dos serviços, usando recursos materiais e humanos da própria comunidade. Desta forma ao mesmo passo esta estrutura assegura

a hegemonia do capital e fornece condições para a organização do movimento de profissionais dos serviços de saúde e usuários que buscam reordenar os serviços de saúde comunitária seguindo uma lógica popular.

Continuando a linha de raciocínio de Rodrigues (1996) esta comenta que se for considerar que as transformações ocorridas na prática médica sob a constituição e crise do sistema Keynesiano afetou a saúde mental, logo podemos supor que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica tenha sido atravessado pelos já citados princípios que constituíram e deram sentido aos serviços de atenção primária. Não querendo de esta forma reduzir a Reforma Psiquiátrica a um mero reflexo do que ocorre com o cenário sanitário e nem desconsiderar elementos específicos da saúde mental. Mas cabe desta forma mostrar a lógica racionalizadora, poupadora de custos sociais em prol do Capital que marcaram as políticas sociais no período de crise do Keynesianismo, que também estiveram presentes nas políticas sociais de desinstitucionalização psiquiátrica.

A autora citando Rotelli (1990) fala sobre a desospitalização sendo sinônimo de redução de leitos hospitalares, medidas de altas hospitalares e até mesmo o fechamento de alguns hospitais, sendo isto condizente com programas de racionalização administrativa e financeira orientados por políticas neoliberais e conservadoras de redimensionamento do WelfareState.

“A grande estação de reforma na Europa e nos Estados Unidos, que envolveu e por vezes transformou em várias medidas os sistemas de saúde mental, foi impulsionada pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Neste contexto cultural e político a desinstitucionalização era uma palavra de ordem central utilizada para muitos e diferentes objetivos: para os reformadores ela sintetizava precisamente esses objetivos; para o grupos de técnicos a políticos radicais ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização de leitos e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal” (Rotelli,1990 apud Rodrigues,1996:28).

Conclui Rodrigues (1996), sobre a citação do autor acima, que a característica da desospitalização apontada por este é que mesmo construindo um sistema de saúde amplo com serviços extra-hospitalares, os hospícios e os espaços de internação permanecem tendo um peso considerável ao usuário. E os serviços comunitários de atenção à saúde mental não só se mostram incapazes de suprimir a internação psiquiátrica, por motivos de estes serviços serem marcados por intervenções pontuais e fragmentadas. Os recursos extra-hospitalares funcionam como que regidos por uma lógica empresarial seletiva, sendo modernizados e especializados.

Sobre a redução dos leitos, cujas causas estão na *“falta de investimentos e prioridades na área da saúde mental, a constante oposição da FBH, dos setores mais conservadores e da Indústria Farmacêutica, a desqualificação dos leitos e a cultura da população em relação ao doente mental”* (Duarte e Garcia 2013:52), é possível afirmar que esta ocorreu em grande escala a partir de 2002, pois o financiamento das políticas alternativas neste mesmo ano começou a ser custeado pelo Ministério da Saúde esbarrando com a racionalização Estatal.

Números de leitos psiquiátricos SUS por ano no Brasil (2002-2010):

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
51.393	48.303	45.814	42.076	39.567	37.988	36.797	34.601	32.735

Fonte: Duarte e Garcia 2013:48

Quanto à forma de especialização e seletividade, a autora Rodrigues (1996) menciona Rotelli que descreve-os de forma dura:

“A desospitalização substitui a segregação, antes realizada em um único local (o hospício) pela dinâmica da circulação entre os diversos serviços especializados que só alimentam os problemas dos usuários, cronificando-os. E dentro desta dinâmica em espiral, os espaços de internação cumprem um papel fundamental de ‘ponto de descarga’. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica é reduzida à desospitalização, ao abandono do paciente a

si mesmo, à psiquiatrização do social, à difusão capilar dos mecanismos de controle social” (Rotelli,1990 apud Rodrigues,1996:29).

E completa dizendo:

“Ao final, e como consequência, esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, ‘despejadas’, jogadas de um lado para o outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas. O abandono de que foram acusadas as políticas de desospitalização é uma prática cotidiana, ainda que mais leve a inoperante, dos serviços territoriais. Este abandono produz nova cronicidade e alimenta a necessidade de lugares nos quais, temporariamente, possa ‘despejar’ e internar os pacientes” (Rotelli,1990 apud Rodrigues, 1996:28-29).

Exemplificando a saúde mental na França, Rodrigues (1996) ao referenciar Cavalcanti (1996) diz sobre a aceção desta autora de que a psiquiatria frente a uma situação descrita de Paris estaria se tornando uma super especialidade médica limitada a intervir em quadros agudos, objetivando apenas a redução da média de dias de internação sem se preocupar com o restante. Os efeitos desta reforma psiquiátrica seriam adversos ao conteúdo democrático e humanitário consensualmente atribuído a desinstitucionalização psiquiátrica. E que ao invés da reintegração social do louco e da libertação da psiquiatria de seu papel arbitrário e coercitivo a desinstitucionalização francesa estaria ocorrendo às custas da absorção da questão social da loucura nas margens de uma exclusão social cada vez mais ampla e da negação da responsabilidade da psiquiatria com o sofrimento psíquico.

“A questão é muito mais sutil, pois quem parece ter comprado a antipsiquiatria neste final de século é o próprio Estado, com suas proposições oficiais de tratar loucos nas ruas, internações breve de quinze dias, etc. A consequência desta política é que se o doente não fica curado em seis meses passa à categoria dos incuráveis, os chamados crônicos, não valendo a pena maiores investimentos, sendo então depositado numa casa para crônicos, onde não há a menor necessidade de investir em pessoal, o que dirá em médicos ou em tratamentos. É a antipsiquiatria do poder. A própria psiquiatria

parece ter tornado antipsiquiátrica.” (Cavalcanti, 1996 apud Rodrigues, 1996:32)

Acordando com as autoras Duarte e Garcia (2013), no Brasil, a principal consequência da diminuição dos leitos psiquiátricos acarretados pelo processo de desospitalização, promove o aumento do número de doentes mentais nas ruas e nas prisões. Sendo a grande causa disto, além do não investimento do Estado na saúde mental, a falta de serviços substitutivos necessários com o fechamento de leitos, ficando os doentes mentais desamparados e sem tratamento adequado o que o leva muitas vezes à morte ou a procura do sistema filantrópico.

“No caso da saúde mental, os dados indicam que, desde 2006, os gastos com a área hospitalar diminuíram – e, conseqüentemente, aumentaram os gastos com serviços extra-hospitalares. Em 2011, foram destinados 71,2% de recursos SUS para serviços extra- -hospitalares e 28,8% ficaram com gastos hospitalares (BRASIL, 2012). A partir da redução dos leitos em HPs, denuncia-se o abandono a que estão sujeitas as pessoas com transtorno mental. Em torno desse argumento, aparecem os sujeitos que se encontram em situação de rua (ou na rua) e os usuários de crack. Além disso, a loucura aparece como uma ameaça à sociedade, expressando aqui uma histórica cultura baseada na exclusão e na crença do perigo que os loucos representam”. (Duarte e Garcia, 2013:51)

Ainda afirmam que:

“Estudos mostram que as principais razões para que os moradores de rua estejam nesta situação são, em primeiro lugar, o alcoolismo/drogas, com 35,5%; em segundo lugar, o desemprego, com 29,8%; e, por último, as desavenças familiares, com 29,1% (BRASIL, s/d). Isso evidencia a grande relação dos dependentes de álcool e outras drogas – considerados doentes mentais – com o morador de rua. Em decorrência disso, a Assistência Social, mesmo não sendo a principal política destinada a tratar dos pacientes mentais, acaba se tornando uma alternativa nesta situação de desassistência advinda da falta de expansão dos serviços extra-hospitalares. Enfim, pode-se considerar que o processo de Reforma Psiquiátrica encontra muita resistência e não é um movimento hegemônico”. (Duarte e Garcia, 2013:52).

1.3) No Brasil: Constituição de 1988 , saúde e saúde mental

O sistema único de saúde (SUS) deu diretrizes para a construção da constituição de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento do sistema público de saúde, incorporando em sua estrutura bases para uma democratização e compartilhamento da gestão deste sistema. Sua implantação teve início em 1990, após o vigor da Lei Orgânica da Saúde, dando seguida a um início de reformulação do sistema de saúde. Anteriormente a este sistema o Brasil coexistiu com assistência médica a cargo do chamado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que foi criado pelo regime militar em 1974 tendo seu fim em 1984. Sendo restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social cabendo aos demais recorrerem ao atendimento apenas de serviços filantrópicos ou privados. O INAMPS era a desagregação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), sendo uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (atual Ministério da Previdência Social).

Segundo Noronha, De Lima e Machado (2008) desde o desmoronamento do regime militar, o Brasil vive uma experiência de reformas e redefinições do seu sistema público de saúde. Sendo o marco desse novo cenário a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Esta precede da publicação da Lei Orgânica da Saúde, com um debate intenso sobre temas de saúde, dentre estes formulação de políticas, sendo assim fundamental no processo da reforma do sistema de saúde brasileiro findando na Constituição de 1988. Os principais temas abordados nesta conferência desdobraram-se em tais diretrizes centrais:

“1)A busca de equidade; 2)A garantia de acesso universal às ações e aos serviços de saúde; 3)O aumento do financiamento público do setor de saúde; 4)A unificação e a integração das ações, do ponto de vista de seu conteúdo e do ponto de vista de sua gestão, integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade da estruturas gestoras em cada nível; e 5)A atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, na implementação e no controle das ações de saúde” (Escorel & Bloch, 2005 apud Noronha, De Lima e Machado, 2008:37).

Durante o decorrer da constituinte, segundo Noronha, De Lima e Machado (2008), a pressão da sociedade civil e dos movimentos de esquerda mediante sua forças

introduziram no “Título VIII – Da Ordem Social” um capítulo (II) especificamente para a seguridade social. O conteúdo deste passa a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais. Este abrange a previdência, saúde e assistência social. Em seu artigo 194, há a conceituação e estabelecimento dos princípios da seguridade social. Cabendo ao poder público organizá-la segundo uma lógica que seja universal e equitativa.

Ainda segundo autores, neste cenário de articulação e integração das políticas sociais, foram decretados fundamentos que orientaram a entrada da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Cabendo destacar a ampla concepção de saúde posta na Constituição de 1988: *“políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (Brasil, 1988 apud Noronha, De Lima e Machado, 2008:366).

Para que esta política de saúde fosse concretizada a Constituição fundou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na lei n 8.080 de 1990, como: *“O conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”*(SUS, 1990 apud Noronha, De Lima e Machado, 2008:366). Cabe ressaltar que o SUS não conta apenas com o serviço público, sendo mesclado, contando com uma rede de serviços privados, também.

São cinco os principais princípios e diretrizes do SUS postos na Lei Orgânica da Saúde: Universalidade de acesso, igualdade na assistência à saúde, integralidade na assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

“De acordo com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado, e faz parte da Seguridade Social Brasileira de caráter não contributivo. Tem como objetivo prover os mínimos sociais, juntamente com a iniciativa pública e a sociedade, para poder garantir o atendimento às necessidades básicas, entre outros quesitos (BRASIL, 2005)” (Garcia e Duarte, 2013:51).

Quanto à implementação do SUS no Brasil:

“Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. Se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização dos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; por outro, nos anos 90 a concretização dos princípios do SUS seria continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais” (Levcovitz, Lima & Machado, 2001 apud Noronha, De lima e Machado, 2008:387).

No Brasil estes obstáculos estruturais são expressos pelas desigualdades socioeconômicas e culturais sendo partes fundante do sistema vigente do país, sendo este o grande problema para a estruturação de um sistema de saúde universal e igual para todos por conflito de interesses. Posto que tal sistema vise corresponder a seus interesses e de seus aliados, que é certo que não são dos que sofrem com a desigualdade e sim dos que fazem parte da causa desta desigualdade. Desta forma para que haja um sistema de saúde com políticas sociais estruturadas e não fragmentadas visando a universalidade e equidade, tem-se que sepultar com o sistema Capitalista.

Para Rodrigues (1996) no que tange a saúde mental na década de 70 o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental-MTSM-, teve como objetivo reverter as práticas abusivas dentro dos hospitais psiquiátricos, que inclui a moralização e violência aos pacientes internados, também, a mercantilização da loucura torna-se uma questão pendente, que foi priori na ditadura com a assistência médica privada. O movimento mobilizou diversas associações como os profissionais da saúde mental, sindicatos, familiares de pacientes e os próprios pacientes com um longo histórico de internação. Perante a crise interna nos hospitais psiquiátricos, como já exposto a desinstitucionalização torna-se um discurso constante na área da saúde, e, para que se concretize o projeto da Reforma Psiquiátrica, o ideal da psiquiatria comunitária torna-se essencial na época.

Ainda para a autora, a responsabilização do conceito puramente hospitalocêntrico tem a efetividade de ser transferido para os ambulatorios, através dos recursos extra-hospitalares, com o discurso focalizado na prevenção, banindo, assim, o conceito do

tratamento da cura advindo, apenas, dos hospitais psiquiátricos. Com isso, o discurso da redução dos leitos manicomiais na nascente ideia da desinstitucionalização se esbarra com o modelo médico assistencial privatista, efetivando várias consequências aos pacientes que ficam a mercê de um projeto ineficiente do governo, que superlotam os hospitais. O lucro da rede privada é favorecido pela hospitalização; FBH.

" (...) mais propriamente na passagem da hegemonia do projeto sanitário médico-assistencial privatista para o projeto neoliberal de saúde, a FBH não conseguiu alcançar o patamar de autonomia financeira e administrativa conquistado pela atenção médica supletiva. O atraso tecnológico da FBH e a permanência de seu estado de dependência de fomento público não significa que este setor de medicina privada não vise ou não obtenha o lucro. A sua sobrevivência e sua lucratividade no mercado das ações de saúde depende, sobretudo da participação do Estado; ou seja da socialização dos custos da produção dos serviços médicos prestados" (Rodrigues, 1996:60).

A mercantilização da medicina é entrelaçada com o modelo médico assistencial, entretanto, os setores ambulatoriais e de emergência com os recursos extra-hospitalares e programas de psiquiatria comunitária, em sua maioria, pertencem ao setor privado, que este por sua vez, em não obter recursos e investimentos necessários, acaba sendo um elo para o encaminhamento à internação, área rentável.

Rodrigues (1996) cita, também, sobre o pouco investimento do governo nas novas estratégias para redução da internação, focalizando minimamente no tratamento terapêutico:

"(...) a clientela menos favorecida, que visa em última instância a disciplinar o atendimento de massa, e serviços de psicoterapia de base psicanalítica destinada a uma clientela mais seleta" (Rodrigues, 1996:47).

As redes ambulatoriais e os programas da psiquiatria comunitária continuaram ineficazes, principalmente, para os setores mais empobrecidos da sociedade, por falta de estrutura e investimentos do governo nos recursos extra hospitalares dentro dos hospitais, e alguns hospitais que se fecharam, fazendo com que houvesse o aumento da demanda nesse ambiente. Com isso, a falsa ideia de desinstitucionalizar se fortificou, e

o controle social junto a exclusão do paciente na sociedade perdurou, excluindo o verdadeiro conceito de reinserção e participação comunitária, através dos tratamentos terapêuticos.

Na década de 80 o projeto que não prosperou no ano anterior, sofre mudanças significativas na assistência psiquiátrica pública brasileira, a chamada Reforma Sanitária, que se concretiza. Faleiros (2000) aponta que em 1984, o INAMPS passa a pertencer ao ministério da saúde, integrado ao SUS, através da gestão do governo Federal, Estadual e Municipal, assim, a desinstitucionalização na área da saúde mental começa a ser questionada para a prática.

Segundo Rodrigues (1996), em sua explicação sobre Reforma Psiquiátrica e instauração da mudança na área da saúde é resultado da crise que o Brasil se encontrava na década de 80, a qual envolvia a crise do Estado e financeira, momento esse que a assistência nos hospitais psiquiátricos se amplia. O objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, a chamada Reforma Sanitária na área da saúde, é obter um discurso de que a racionalização dos custos e o uso do setor público são importantes para que a universalização seja presente no país, que tardiamente se esbarra com o projeto neoliberal.

As novas estratégias para a transformação dos hospitais, como citado anteriormente, ficam sob responsabilidade do ministério da saúde, previdência e assistência social, mais conhecido como a cogestão da época, que dará continuidade a um projeto desinstituinte, com a implementação de políticas internalizadas. A DINSAM - Divisão nacional de Saúde Mental- responsável pela política psiquiátrica exercida no país na ditadura entra em crise em 1978, possibilitando, assim, a continuidade da abrangência do sistema.

"(...) a co-gestão possibilitou a implementação do projeto de regionalização, hierarquização da assistência psiquiátrica ao transformar os hospitais federais em pólos de emergência, centros de referência em saúde mental e coordenadores de programas e de atividades assistenciais desenvolvidas nas áreas programáticas do município"(Rodrigues, 1996:52).

Com o indicado acima, é possível afirmar que a não concretização positiva do nascer da reforma sanitária, o que envolve a psiquiatria na década de 70 sofreu modificações na década de 80. Foi o ano em que a saúde sofreu modificações internas, com o SUS à frente, diante os co-gestores e gestores. Portanto, a desinstitucionalização toma a frente, novamente, com a reforma sanitária. A mudança no interior dos hospitais psiquiátricos, o projeto que já estava sendo discutido no fim da década de 70, se fortifica em meados de 80 com avanços e seus atrasos.

Deslumbrando o que foi falado, as unidades de curta internação e os centros terapêuticos são ineficientes facilitando assim o regresso dos pacientes aos hospitais, sendo que não à redução significativa dos leitos no ano de 1978 até 1980, e a não aceitação de novos pacientes nos hospitais ocorre, sendo que alguns hospitais foram fechados. Em meados da década 80 até 1990, várias consequências são viabilizadas aos pacientes, por causa da reforma psiquiátrica que pode ser chamada de contra-reforma psiquiátrica. A partir da década de 90 os hospitais passam a pertencer aos municípios não sendo o suficiente, assim como os recursos extra hospitalares que continuam sendo ineficientes.

Assim para Rodrigues (1996), é inevitável não citar a não efetividade da assistência psiquiátrica por falta de verba e o impasse do projeto-neoliberal, que retarda o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil. O aumentando da demanda nos hospitais de curta permanência junto à redução dos leitos, leva a superlotação e alta cronicidade do paciente, o deixando fracionado sob uma lógica excludente, sem nenhum recurso para suprir sua necessidade que só multiplica, o fazendo retornar a internação.

Ainda ao citar a autora, o doente mental por ter um longo histórico de internação, na maioria das vezes, se encontra desprotegido socialmente por falta de alternativas, com a chamada *proteção social*, por causa da diminuição dos leitos. Ao aumentar suas necessidades sociais, a retomada destes às internações acaba sendo indispensável, como já foi referido, não só isso, como as medidas ineficazes faz com que o doente mental se torne um morador de rua, ou até mesmo seja preso. Os albergues, asilos e outros, por ter pouco investimento do governo, acabam sendo um local desamparado e

muito demandado também, o que leva a desorganização extrema.

Mediante as mazelas expostas acima são encaminhadas as demandas para:

“Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), instâncias integrantes do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), recebem cotidianamente demandas relacionadas à saúde mental (abandono, violência, maus-tratos etc.), sendo que a violação de direitos é muito presente. Em muitos casos, chegam ao CRAS pessoas com transtorno mental que vivem nas ruas. A dificuldade dos técnicos para fazer o encaminhamento adequado daqueles que apresentam transtornos mentais é agravada pela inexistência de integração entre os CAPS e os serviços de assistência, pela expectativa de internação colocada por técnicos dessa política, por pressão de familiares, pelo Poder Judiciário e pela comunidade. Tudo isso muitas vezes tem levado os dispositivos da Assistência Social a defender – sem problematização – a internação compulsória. Garcia e Oliveira (2011), analisando a implementação da política de saúde mental no Espírito Santo, indicam a dificuldade – e os embates de perspectivas – entre os técnicos da Saúde Mental, os CRAS e o Judiciário” (Duarte e Garcia, 2013:51).

Entretanto, não pode esquecer que as questões de abandono do paciente é consequência também do seu longo período de internação, que tal conceito acaba sendo indício da perda de contato, em muitos casos, com familiares ou conhecidos próximos. A recusa dos familiares dos pacientes na lógica do cuidado é outra questão apresentada.

Como aponta Santos (2014) no ano de 1987, diante essa lógica de abandono da psiquiatria, acontece o II Congresso Nacional do MTSM, obtendo como vigência banir os hospitais psiquiátricos, com o discurso por *uma sociedade sem manicômios*. Neste mesmo ano, é realizado no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e os serviços alternativos são instaurados como o CAPS, em São Paulo, e o NAPS, em Campinas, o último tem a finalidade de abrigar os egressos dos hospitais psiquiátricos, obtendo um formato residencial com o funcionamento de 24 horas para suplementar a necessidade dos pacientes sem proteção social.

O ministério da saúde indica (2004) que os moldes da saúde começa a ganhar um novo formato, dando continuidade ao projeto desinstituinte, na constituição de 1988, através da instituição SUS acordado pelas leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990. A

saúde agora faz parte da universalização, equidade, controle social e da descentralização dos serviços em nível de hierarquia, mudando a partir daí o conceito da psiquiatria com alternativas concretas e direitos concedidos, não sendo suficientes.

Assim ao citar Santos (2014), em 1989 é proposto o Projeto Lei Paulo Delgado, que tem a finalidade de incluir leis e normas ao doente mental, com a ampliação do direito à cidadania, banindo definitivamente os manicômios, mas, apenas em 2001 que a lei é efetivada. Porém, no ano de 1992 o projeto de lei proposto é aceito em diversos Estados brasileiros, com o direcionamento de acabar com os hospitais psiquiátricos, substituindo os leitos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. No ano de 2002, os CAPS começam a ser financiados pelo Ministério da Saúde. Mesmo após o projeto ter se iniciado no final da década de 80, a expansão da reforma psiquiátrica mediante a substituição dos leitos, ocorre apenas no começo do ano 2000. A finalidade do CAPS é tratar com vias terapêuticas, através, da redução das internações, como mostra a seguir:

"O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substituído às internações em hospitais psiquiátricos "(Ministério da saúde,2014:13).

Ainda para Santos (2014), o programa *de volta para casa* em 2003 é instaurado com o objetivo de reinserir o paciente, com um longo histórico de internação, na sociedade. O programa é mediado por uma rede articulada da saúde, assim, a desinstitucionalização começa a ter um grande avanço, mesmo com falhas e exclusão. A responsabilidade do governo é transferida à sociedade, rede privada, família e trabalhadores a linha do cuidado pelo paciente, entretanto, ocorre a redução do gasto social pendurado sobre o discurso de aumentar a autonomia do paciente.

É enfatizado que o programa falado possui uma lógica excludente de acesso, assim como outros direitos, proporcionando aos seus inclusos um auxílio-reabilitação no valor de R\$ 240,00. Não apenas o programa *de volta para casa* é um incentivo para desinstitucionalizar o paciente através da lógica excludente, não atingindo a todos, mas

também, o *BPC* -benefício de prestação continuada- é outro mecanismo que favorece esta lógica enviesada com o modelo consumista de não acesso a todos.

De acordo com a prática vivenciada pelo estágio, ainda falando do consumo, os pacientes incluídos nas redes de atenção psicossocial ou outras redes alternativas as internações, são estimulados a trabalharem para se auto sustentar, favorecendo mais uma vez o mercado através do consumo. Os trabalhos são conhecidos como *protegidos*, sendo que algum técnico da rede CAPS irá acompanhar o paciente junto ao empregador da instituição, firma ou empresa em que esse irá trabalhar. Os trabalhos também são vistos por cooperativas de linhas terceirizadas, que agem dentro do hospital ou alguma rede da saúde mental, fazendo com que o paciente venda os produtos. Todos esses mecanismos são alvo da lógica neoliberal e refuncionalização do Estado, continuaremos a falar a seguir sobre o BPC.

O ministério do desenvolvimento social (2015) aponta que o BPC é concedido as pessoas impossibilitadas ao trabalho, sendo de acesso único e restrito. O benefício é uma renda não vitalícia, sem necessidade de contribuição à previdência, tendo acesso àqueles que têm uma renda per capita familiar inferior a 1/4 do salário mínimo.

"O BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei Nº 8.742, de 7/12/1993 e pelas Leis Nº 12.435, de 06/07/2011 e Lei Nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos Nº 6.214/2007 e Nº 6.564/2008." (Ministério do Desenvolvimento Social, 2015)

Pautado no que já foi dito Duarte e Garcia (2013) dizem que os direitos reconhecidos ao longo da Reforma Psiquiátrica são percussores de um novo sistema excludente, que potencializa as internações sem a menor estrutura correta de atendimento, pois a emancipação do paciente com a ideia de fortificar seu laço familiar e social, com as redes articuladas da saúde e mecanismos terapêuticos, incluindo o CAPS, não passa de uma não responsabilização do governo, sem a sua expansão de acesso. O CAPS por ser uma rede de atenção psicossocial que se articula ao território potencializa a desinstitucionalização mais conhecida como desospitalização. Contudo,

vinculado ao CAPS as RT's –residências terapêuticas-, salientam ainda mais a ideia de diminuição dos custos do governo. As RT's são um mecanismo que desinstitucionaliza os pacientes internados a muito tempo, termo correto desospitaliza, sob a linha de cuidado dos profissionais do CAPS, sendo novamente insuficiente.

Como foi demonstrado ao longo da dissertação, pressupomos que os pacientes com um longo histórico de internação perdem o vínculo familiar ou não são aceitos por esses, ou seja, ficam desprotegidos socialmente por causa da redução do custo do governo, e os instrumentos alternativos para atender essa mazela com as diversas necessidades sociais são mínimas. Com isso, a sociedade, família, redes filantrópicas e os trabalhadores da rede de saúde se responsabilizam pelo paciente, por falta de estrutura que satisfaçam os direitos ao doente mental.

Capítulo 2

Contra Reforma do Estado e as Políticas Sociais.

Neste capítulo faremos uma breve análise da crise do capital, a partir dos anos 69/70, e da influência sobre as políticas sociais. Abordaremos aqui a nossa hipótese de que a política neoliberal, de retração do Estado no enfrentamento das manifestações da “Questão Social”, e seu rebatimento na Reforma Psiquiátrica

2.1 Crise do Capital

Para Netto e Braz (2012) a sociedade feudal no século XI ao XIV, não se importava com a acumulação econômica e produção da mais-valia, a subsistência era feita através do auto sustento e pagamento de tributos aos senhores, com a produção feita pelos camponeses. Estes trabalhavam livremente junto a suas famílias, e, os mestres artesãos produziam passando seus ensinamentos aos aprendizes, ambos donos da propriedade privada. A base econômica existente é vista como produção simples, formato em que se realiza a troca entre mercadorias por outras para consumo pessoal e instrumentos

diferenciados, os responsáveis por estas trocas são os produtores diretos. Contudo, a transformação da lógica produtiva começa a sofrer alterações no século XV, se definindo no século XVIII.

Ainda para os autores, a produção mercantil simples começa a se acumular a partir da lógica da troca de mercadorias por um maior valor no surgimento do comércio, assim, a moeda torna-se responsável pela acumulação primitiva, com a livre circulação, modificando por completo o modelo produtivo futuro. A acumulação primitiva ocorre com a chegada do grande comércio, os comerciantes se juntam aos camponeses, mestres-artesãos e consumidores. Em seguida o Estado absolutista surge para suprir as novas necessidades da burguesia revolucionária, comerciantes, aos poucos os camponeses e mestre artesões desaparecem, dando início aos assalariados explorados e ao capital, agora a burguesia conservadora.

É explicado então, que com as primeiras raízes da atividade mercantil capitalista no século XVIII, a riqueza já começa a ter um significado excludente, por sua concentração nas mãos de poucos. A concentração dessa riqueza é pertencente agora aos burgueses, que, tornam-se responsáveis pela divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção, tendo como fonte a exploração e troca salarial do trabalho livre. Não só os burgueses tornam-se responsáveis pelo processo produtivo, com também a futura burguesia conservadora e alguns nobres tornam-se proprietários fundiários.

Os investimentos aos poucos são feitos a partir da compra da mão de obra, aperfeiçoamento dos instrumentos e investimento em matéria-prima e matéria bruta, forças produtivas, para assim, através da produção adquirir o lucro convertido em capital dando continuidade ao modelo produtivo, contudo, o sistema capitalista se desenvolve.

A conclusão que Netto e Braz chegam é que:

“As bases da produção mercantil capitalista são inteiramente distintas das da produção mercantil simples. Se ambas supõem a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção, na produção mercantil capitalista essa propriedade não cabe ao produtor direto, mas ao capitalista (Burguês)” (Netto e Braz, 2012:96).

Ainda sobre o texto de Netto e Braz (2012) é correto afirmar que o desenvolvimento do modo de produção capitalista é responsável pelas grandes crises cíclicas e contraditórias, resultado de um processo longo e acumulativo do modelo produtivo, afirmando assim, que não existe capitalismo sem crise. As crises são oriundas de diversos processos sejam eles sociais ou econômicos que variam de acordo com a época, no capitalismo os fatores da crise são a anarquia da produção, queda da taxa de lucro e o subconsumo da classe trabalhadora, mais precisamente *superprodução dos valores de uso*.

Aponta-se então, que se tem como premissa que qualquer interrupção no seu meio produtivo é significado de crise, pois a acumulação no modo de produção capitalista é a essência para que seja reinvestido em novos processos produtivos para obtenção do lucro, diferente das sociedades pré-capitalistas em que qualquer deficiência na circulação de mercadorias gerava a crise, a chamada *subprodução dos valores de uso*. A crise se dava pela deficiência da força de trabalho e seus meios.

Tais autores ainda afirmam que nas sociedades pré-capitalistas a crise era oriunda do esgotamento das terras, a falta de técnicas para sua recuperação e revolta dos camponeses, tendo como fatores agravantes as grandes epidemias, exemplo: Peste Negra, o que ocasionou a miséria populacional no século XIV. Contudo, a acumulação primitiva neste período se torna o principal responsável pelo surgimento da grande burguesia, que toma partida com a evolução do comércio e crise feudal como já foi referenciado, surgindo, então, o grande capital.

Netto e Braz (2012) ainda falam que quando ocorre a queda da taxa de lucro, o capitalismo a partir de um processo inconsciente expulsa a mão de obra do trabalhador e aumenta o tempo do trabalho excedente, junto às novas técnicas e inovações tecnológicas para intensificar a produção. A inovação é que faz gerar novos lucros, com os baixos custos na produção. A questão apontada não é vista positivamente, por causa do nivelamento da tecnologia, todos capitalistas seguem uma tendência, que leva espontaneamente a queda do lucro e o capitalismo entra em crise, começando assim um novo processo contraditório da crise para sua superação. A anarquia da produção é

grande responsável por esse fator por falta de um planejamento e controle global de todos os capitalistas na produção, obtendo como consequência a desvalorização de seus produtos no mercado, vários produtos em estoque, sem uma classe trabalhadora que possa consumir.

Entretanto, novos processos produtivos são efetivados cada vez mais e os trabalhadores são vistos cada vez mais vulneráveis no mercado de trabalho, com isso a crise atinge mais os trabalhadores do que o próprio capital. É com o desemprego que o capital se restabelece, pois ao surgir o exército industrial de reserva a classe que se subordina ao capital é diminuída e a intensificação da exploração aumenta, levando aos baixos salários. Esse método de exploração e intensificação do trabalho com o surgir do Exército Industrial de Reserva é fundamental para a acumulação.

Netto e Braz (2012) ao referenciar Marx, apontam classificações que divide a classe dos desempregados como a superpopulação relativa, incluídos no exército industrial de reserva, e os pauperizados relativos e absolutos. O exército industrial de reserva envolve a classe flutuante, latente estagnada. A flutuante diz respeito aos trabalhadores que ora estão empregados, ora desempregados, já a classe latente aponta os trabalhadores rurais que com a chegada da relação capitalista no campo eles são impulsionados a irem para a cidade e a estagnada é relacionada as mazelas da sociedade, como as prostitutas, marginais, órfãos dentre outros que nunca se empregam no mercado chamando-se de lupemproletariado. A pauperização relativa é efetuada a partir do momento que há uma melhora na condição de vida do trabalhador com altos salários, melhor moradia, alimentação, etc, já a pauperização absoluta é a mais comum em que aponta a ruína da condição de trabalho do operário, com baixos salários, alta exploração etc. Os pauperizados relativos são referentes a grande conquista dos trabalhadores no século XX a partir do pós-segunda guerra.

Ao apontar Behring e Boschetti (2006) elas dizem que na metade do século XIX, com o início do movimento dos trabalhadores através do ludismo e cartismo em 1848, e início do século XX a massa de trabalhadores ganham espaços sociais e políticos, frente às contradições já existentes. Mas, seus direitos são reconhecidos plenamente apenas no segundo pós-guerra, por causa da longa luta histórica para serem reconhecidos como

classe. Com a expansão do capital no último terço do século XIX, com o desenvolvimento das forças produtivas, chega à segunda fase da revolução industrial, conhecido como o Imperialismo.

As autoras ao tomarem como referências Lênin, apontam sobre o capitalismo concorrencial que teve fim com o surgimento dos grandes monopólios, ocasionado pelo processo acumulativo. Agora as grandes empresas que surgem tem necessidade por maiores investimentos assim, os bancos se unem com as indústrias, o mundo é dividido por grandes potências que se aliam voltado para um interesse similar (holdings, cartéis e trustes), a exportação dos capitais (grande massa do capital) se torna essencial diminuindo a importância da exportação de mercadorias.

Dessa forma o Imperialismo é o período em que a concentração e centralização dos grandes monopólios são responsáveis pelo surgimento da fase monopolista. A concentração é ligada a grande massa do capital, que surge pela acumulação advindo da inovação tecnológica que essa por sua vez estimula também a acumulação, assim, os novos investimentos tornam-se cada vez mais excludentes. E a centralização se conecta a união dos grandes capitais formando os cartéis, trustes e Holdings minando a concorrência. A finalidade da inovação tecnológica é minar a concorrência e dá um fim na pressão feita pelos trabalhadores.

Portanto, o diferencial desta segunda fase industrial para a primeira fase é que o capital visa obter o lucro acima do mercado com a formação dos monopólios eliminando os pequenos capitais. A primeira grande guerra mundial acontece em seguida, pois é colocada em questão a partilha do mundo, gerando um novo processo de pobreza e miséria na época.

Ainda para Behring e Boschetti (2006), o processo de conquista desta segunda fase capitalista começa a ser interferido no período de grande depressão, sendo conhecido como o ápice da crise, tendo a afirmação de que o declínio do capital não passou de uma tendência da superprodução, subconsumo e superacumulação. A quebra dos grandes bancos, firmas, queda da produção e o alto índice de desemprego foram consequências da crise de 1929.

A causa da crise foi motivada pelo aumento da produção de todas as indústrias, barateamento da matéria-prima e aumento da composição orgânica do capital (Capital constante se eleva investimento tecnológico em alta). Assim, a estagnação do consumo pelo não ganho da classe subalterna e o aumento da produção gera na época o desemprego e alta inflação por causa da crise. Foi o período em que o movimento operário adquiriu um poder político para si, o que levou a novas reivindicações. Neste cenário os salários eram baixos, tal como a exploração era intensa.

Quanto às pequenas conquistas operárias tendo início no final do século XIX unido a grande repercussão da revolução russa em 1917, fez com que o exército industrial de reserva reduzisse o que ocasionou a ruína capitalista em 1929, também, através do movimento operário.

De acordo com Faleiros (2000), a resposta para a grande crise na década de 30 diante a ruína do grande lucro pelo capital, é que em alguns países se inicie o liberalismo do mercado como nos Estados Unidos e Inglaterra, com os ditos seguros sociais por Bismarck seguido do plano Beveridge.

Já Behring e Boschetti (2006) criticam a lógica dos seguros sociais Bismarckiano, pois indica que a seguridade não tem um ideal universalista. Por motivo de só ter o acesso os contribuintes para acesso ao chamado seguro-desemprego, aposentadoria e outros, o que faz com que o plano Beveridge ganhe espaço com a proteção social por estimular o financiamento do sistema com impostos, através do pleno-emprego.

Ainda para as autoras, é apontado que após a crise de 1929 o inglês economista John Keynes indicou uma solução para resgatar os lucros, que inclui a intervenção Estatal e o rompimento com o liberalismo econômico. Contudo, o liberalismo do mercado foi uma prioridade na época, pois, a intervenção Estatal sob a ideia keynesiana ganha aos poucos espaço, minando com o liberalismo da década de 30. A ideia de John Keynes tem início apenas no pós 1945 com a entrada do bem estar Social.

Antes das conquistas sócios democratas do pós 45, o ideário alemão nascente, o nazi-fascismo, é um dos fatores que causou a segunda grande guerra mundial, pois não achavam positivas as conquistas que estavam sendo almejadas, prestigiando, assim, a

exploração e ruína social.

Como mostra Netto e Braz (2012) o Estado social se concretiza no pós-segunda guerra, com a acumulação oriunda da grande exploração pelo fascismo, o que acaba trazendo uma política social democrática e o pleno emprego. O Estado Social foi uma solução que resgatou a economia dos países da Europa afundados pela crise e miséria após a segunda guerra.

Quanto ao Taylorismo-Fordismo, esse estimulou a produção com a geração de empregos. Já a idéia Keynesiana originou o avanço social, e a união desses dois fatores gerou o resgate do capital para obter o grande lucro, contendo a inflação, mantendo o equilíbrio entre produção e consumo.

Apontando Netto e Braz (2012), esses afirmam que a influência norte-americana ganha destaque no mundo após década de 50, com a sua alta produtividade nas indústrias. Afirma-se que:

“Nessa expansão, que impôs-não sem resistências-valores especificamente norte-americanos a povos de distintas tradições culturais, inclusive tornando o inglês a “língua mundial”, foi relevante o papel da indústria cultural” (Netto e Braz, 2012:211).

A expansão econômica e os avanços sociais conquistados após 1945 começam a entrar em declínio no final de 1960, ocorre a estagnação do capital. A crise é oriunda da superacumulação e superprodução/anarquia, visto isso, a resposta para transitar para outro modelo produtivo começa a tomar forma. Outro fator importante é que na década de 60 vários movimentos surgiram no mundo, em luta por direitos e inclusão social das minorias, não sendo vantajoso ao capital que já beirava a crise.

As autoras Behring e Boschetti (2006) citam que o lucro do capital estava sendo afetado por causa da discordância entre produtividade do trabalho e a tecnologia que se equiparava baixando os superlucros. Fator esse que aumentou a exploração junto ao desemprego em massa. Dizemos assim que aumenta a necessidade do capital para reinvestir a grande acumulação em outro processo produtivo, não mais inovando na tecnologia, mas investindo nos setores de serviços por causa da inflação que estava em alta, a financeirização toma forma. Se inicia então, o neoliberalismo, período que se desregulamentariza o mercado.

Em 1973 a alta do petróleo organizado pelos países da OPEP, causa um impacto internacional, sendo outro processo que desencadeou a crise. Ainda de acordo com as autoras, citadas acima, *"é notório que em 1974-1975 a necessidade dos países centrais de substituir a tecnologia por um novo investimento é inevitável, sendo, que, já estava presente o aumento da matéria-prima, diminuição do emprego por incremento tecnológico, queda do comércio mundial e movimento daquela classe empregada"* (Behring e Boshetti, 2006:116). Diante ao que foi explícito, enfatiza-se que a solução do capital é sempre corroer a classe mais fraca para recuperar os lucros, através do investimento acumulativo em outros ramos.

Como mostrado, na década de 70 o mercado começa a exigir novos rumos, substituindo as indústrias cada vez mais pesadas, no quesito avanço, por saídas setoriais e financeiras. O que faz com que os salários diminuam cada vez mais em relação à produção, e a degradação no ambiente do trabalho se amplie, expandindo assim, a revolta do proletariado. Contudo, as camadas mais pobres são alvos do minimalismo estatal junto ao enfraquecimento do sindicato.

De acordo com Netto e Braz (2012) é apontado que a resposta ao movimento sindical se dá *"por meio de medidas legais restritivas, que reduzem o poder de intervenção do movimento sindical"* (Netto e Braz, 2012:227).

Foi a partir de 1970 que o conceito do valor e do consumo se transforma na grande acumulação flexível, com incremento dos novos meios de produção e exploração do trabalhador na real lógica Capital e Trabalho. Estimula desse modo, o consumo por causa da nova exigência do mercado, sem as políticas sociais.

O trabalhador atinge seu grau máximo da coisificação, segundo Marx ao ser referenciado por Netto e Braz (2012), pois é explorado sem nenhuma proteção ou reconhecimento, sendo visto como uma mercadoria, que ao ser explorado o que foi produzido pertencerá ao proprietário privado sem a devida proporção do valor de troca.

Na visão burguesa diante de toda a lógica da crise, com base em Anderson (1999), é apontado que o Estado social democrata vai contra a lógica capitalista. Pois, a redução da taxa de lucro por parte do capital a favor da demanda operária é uma afronta

à liberdade do mercado, o que leva o capital a ruína. O discurso é voltado para que a desigualdade seja fruto do desenvolvimento econômico.

A alta inflação e queda do lucro são ocasionadas pelo ganho social da classe excluída, contudo, na visão capitalista se deve acabar com os sindicatos e movimento operário para se atingir novos horizontes. Para Anderson (1999) *"apesar das boas intenções a social democracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão-Servidão Moderna"* (Havek apud Anderson, 1999:1).

Retomando com base em Behring e Boschetti (2006), os altos índices inflacionários em 80 conseguiram se manter equilibrado no capital neoliberal. Porém, o setor produtivo não se expandiu, através do lucro efetivo, e sim, ocorreu uma especulação financeira, por causa do investimento do capital monetário na esfera da circulação dos serviços, e não no reinvestimento na esfera da produção. A financeirização é custeada pelos juros gerados pelo excedente da periferia, países periféricos pela dívida, e pela produção. Resumindo, a acumulação do capital produtivo é repassado ao setores de serviço e financeiro, chamando-se de setor terciário, que faz o empresário rentista lucrar sob a forma direta do capital monetário.

Esse é o período em que desregulamentação financeira e do mercado ocorre, surgindo uma nova fase da crise, que é a crise local, por causa da generalização dos serviços capitalistas pelo mundo. O setor terciário toma a frente ao capital agrário e capital industrial.

Os autores Netto e Braz (2012) exemplificam que o capital passa a obedecer uma lógica industrial com:

"A mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social"(Mandel, 1982:269 apud Netto e Braz, 2012:234).

Os setores de serviços que surgem, a terceirização e a alta tecnologia atingindo seu grau máximo, essa última principalmente, é um dos motivadores pelo aumento da exploração nas indústrias sobre novas exigências, fazendo com que o trabalhador se torne cada vez mais submisso ao capital. Assim, a desqualificação da mão de obra do

trabalhador é motivo pela alta especialização e fragmentação do trabalho e o aumento sobre novas exigências padronizadas. Portanto, pode falar que a grande mecanização leva ao alto índice de desemprego e baixos salários, obtendo o aumento da precarização, incluindo também, a atual terceirização após 1990.

A divisão do trabalho se torna complexo, agravando a situação do trabalhador nas indústrias, o deixando fracionado sobre uma lógica excludente e exploradora. O trabalhador se torna mercadoria, se alienando no seu grau máximo.

As décadas de 80 e 90 foram extremamente complexas não apenas ao capital que desejava ter taxas de lucro vantajosas para obter o crescimento, o que não foi capaz de superar a crise, por não ter aumento significativo em todas as partes em que o capitalismo dominou através do livre mercado, mas, principalmente a classe subalterna. Essa por fim vive em constante crise até os dias atuais sobre o reajuste do capital.

Segundo Anderson (1999) o aumento da dívida pública e recessão nos países ocidentais, destacando EUA, Inglaterra e Europa, gera uma nova onda de privatização e expansão da terceirização dos serviços na década de 90, terceirização essa que são serviços indiretamente ligados a empresa. Com isso, o capitalismo torna-se devastador e a queda da responsabilidade pública se generaliza, pois essa atua apenas a favor do capital.

As autoras Behring e Boschetti (2006) apontam que a década de 90 foi o período em que o desemprego se agravou, houve a redução dos empregos, assim, como houve o aumento dos empregos temporários com o surgimento da terceirização. Portanto, o emprego é visto como inseguro junto a desresponsabilização do Estado perante a classe subalterna. A redução dos gastos públicos a favor do setor privado torna-se prioridade, então, acaba impactando nos direitos sociais, empresas públicas são entregues ao grande capital e os serviços tornam-se focalizados e seletivos. O aumento dos impostos ocorre por causa da dívida pública nos países periféricos, e o financiamento indireto as políticas de assistências, acaba reduzindo o salário do trabalhador, dividindo a classe naquela consumista e ao surgimento da nova pobreza a classe C.

Essas ainda fazem uma reflexão sobre o financiamento indireto, na qual a classe

trabalhadora paga altos impostos, enquanto, o empregador lucra sem ter a devida participação nos impostos, mais uma vez a classe é atingida.

Contudo, ao refletir, mostra-se que no final da década de 70 nos países de primeiro mundo e na década de 90 nos países periféricos, a ação do capital foi tão destrutiva que a única saída foi corroer o setor operário e acabar com a efetividade Estatal, priorizando as privatizações e mercantilização, o que acaba agravando a desigualdade sob o aumento da exploração. O impacto para a classe subalterna foi tão grande que houve o desmonte da classe trabalhadora, em todos os setores da vida social. Entretanto, pontua-se, que as crises capitalistas são cíclicas e pulverizadas, sendo que cada vez que isso ocorre à classe é diminuída. A nova crise é a da década de 90 em que não são mais generalizadas, e sim, ocorre uma crise financeira local, por causa da nova tática capitalista em expandir seu fluxo do capital e mercadorias, desregulamentando o mercado e impactando na classe.

2.2 Política social e o Neoliberalismo

A política social passa a ser reconhecida como tal a partir do momento em que o Estado no começo da década de 40 assume a importância da existência desta, como instrumento de intervenção nas sequelas da chamada expressões da Questão Social. As políticas passaram a serem vistas como passível de intervenção quando o Estado viu como ameaça e problema aquela classe operária. Desta forma a política social atenderá aos interesses do capital e também do trabalho, avançando assim de forma fragmentada. Do trabalho, pois dará respostas aos trabalhadores com as políticas sociais e para o capital porque o Estado será defensor de seus interesses, preservando sua acumulação e fonte de lucro.

Mediante cenário de crise descrito anteriormente, Keynes busca alternativas de saída, *“um conjunto de medidas ante crise ou anticíclicas”* (Behring, 2011). Este tinha como objetivo usar de intervenção do Estado para conter a queda da demanda efetiva. Tais medidas, segundo Behring (2011) referenciando Mandel, não deram respostas tão

otimistas para o capitalismo, apresentando sinais de termino ao passo do final da década de 60, servindo apenas como amortecedor da crise não permitindo que, por meio de seguros desemprego, a queda de consumo fosse tão brusca.

Ainda segundo Behring (2011) A reação em cadeia que cresce na crise de superprodução “*com uma lógica e uma fatalidade terrificantes*” (Mandel, 1978:86 apud Behring, 2011) é amortecida também por meio da seguridade social, nas várias formas que esta assume particularmente o seguro-desemprego. Os seguros permitem que a queda no consumo não seja tão brusca. Entretanto, a ação da seguridade social não é capaz de assegurar, por si só, o efeito anticíclico. A política social aparece associada a um conjunto de estratégias anticrise, especialmente a inchaço dos orçamentos militares, que caracterizou o período de expansão pós-45, em nome da Guerra Fria.

A resposta que o Estado teve da medida keynesiana foram dividas, formando uma crise fiscal. Pondo assim em xeque a política social que segundo Behring (2011) além de estratégia econômica é também política, no sentido de legitimação e controle dos trabalhadores. O Estado intervencionista por sua vez perde as suas forças de atuação ao passo que atende a uma demanda contraditória, que é fundante da contradição clássica entre capital e trabalho. Este tipo de Estado neoliberal só faz sentido, para os capitalistas, quando apresenta aumento de taxa de lucros.

Diante destes fatos Behring (2011) comenta que o sistema neoliberal apresenta um discurso ofensivo quantos às políticas sociais, com argumento do excesso de paternalismo do Welfare State. Quando a regulação estatal cede aos interesses do trabalho, interferindo em alguma medida nas demais ações reguladoras em benefício do capital, multiplicam-se as reclamações do empresariado. A guerra em torno da destinação dos recursos públicos é cada vez mais acirrada.

Ao passo que o desemprego estrutural e a necessidade de programas sociais aumentam, a crise das medidas de Keynes e a busca de lucro do capital pressionam o Estado por diminuição de despesas públicas apontando desta forma para diminuição em gastos com políticas sociais.

Citando Netto, Behring (2011) diz que a política social entra no cenário como paternalista, como geradora de desequilíbrio, como algo que deve ser acessado via mercado e como direito social. Portanto, as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, o que aos poucos vai configurando um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital. Desta forma facilitando o fluxo de mercadorias e dinheiro, por meio da desregulamentação dos direitos sociais.

As autoras Behring e Boschetti (2006), colaboram nesta análise. Para elas a reestruturação produtiva, as mudanças na organização do trabalho e a hegemonia neoliberal têm provocado importantes reconfigurações nas políticas sociais. O desemprego de longa duração, a precarização das relações de trabalho, a ampliação de oferta de empregos intermitentes, em tempo parcial, temporários, instáveis e não associados a direitos, limitam o acesso aos direitos derivados de empregos estáveis. E mencionam o destaque, que desde a década de 1970 vem ganhando expansão, para os programas de transferência de renda.

Soares (2000) aponta para a substituição do gasto público social, como base de uma seguridade social universal, por formas de financiamento baseadas em fundos especiais com recursos externos, que mantém de forma precária programas sociais focalizados e emergenciais, que tem provocado, na América latina, o agravamento da exclusão de vastos setores sociais que não tem como pagar pelos serviços básicos.

No Neoliberalismo há um aprofundamento da naturalização das desigualdades, onde o conflito fica a par da sociedade fragmentada em que os autores se individualizam sendo parte uma coletividade perdendo desta forma sua identidade. A política social muda sua dinâmica, criando novas condições para a luta social onde: *“nem consumo coletivo, nem direitos sociais, apenas assistência focalizada para aqueles com menor capacidade de pressão”*. (Soares, 2002:73).

As políticas sociais entram neste processo de barbárie não sendo mais universais, são enxugadas para uma assistência focalizada, para aqueles com menor capacidade de pressão, para aqueles que são dentre os pobres os mais pobres.

Desta forma, Soares conclui que:

“Assim a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, os salários perdem sua condição de direitos – constitutivos de sujeitos coletivos – e passam a ser recursos (ou mercadorias) regulados unicamente pelo Mercado. O não acesso a eles deixa de ser um problema do Estado, tornando-se um problema a ser resolvido no âmbito do privado” (Soares, 2000:73).

Autora ainda acrescenta:

“Diante da crise da presente do Estado na sociedade, constrói-se um discurso em favor do individualismo pragmático, deixando pessoas e grupos entregues a sua própria sorte ou, na melhor das hipóteses, a uma rede comunitária de solidariedade. Aumenta o descrédito com relação aos serviços sociais públicos, a essa altura já deteriorados e sobrecarregados” (Soares, 2000:75).

Já de acordo com Dos Santos (2014), quanto à política social na década de 1980, esta encontrou suas maiores modificações, que foram importantes para a vida dos trabalhadores, no cenário da crise de ditadura em meio a movimentos sociais, desta forma avançando nos direitos sociais. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi um desses avanços, que consolidou conquistas e ampliou direitos nas áreas de educação, saúde, assistência, etc. No entanto, com o avanço do neoliberalismo, a efetivação dessas políticas vem sendo condicionada a esse modelo, que prevê que cada indivíduo deve garantir seu bem-estar.

A autora Dos Santos (2014), citando Pereira, comenta que esta realidade implicou no desmonte da cidadania social, que foi uma das maiores conquistas dos anos anteriores, e isso resultou em cortes de programas sociais, diminuição dos benefícios de seguridade social e a criminalização da pobreza. Assim, as consequências do neoliberalismo para as políticas sociais são imensuráveis. Estas passam a ser implementadas através de práticas compensatórias e fragmentadas. As estratégias de

implementação das políticas sociais vão desde um Estado provedor de bens e serviços até um Estado que responsabiliza a sociedade no enfrentamento das expressões da Questão Social.

Desta forma podemos analisar que as políticas sociais são definidas e movimentadas de acordo com passo que anda o cenário econômico, político e social em que estão inseridas.

2.3 Refuncionalização do Estado e Neoliberalismo

A democracia social conquistada no pós-segunda guerra sofre retrocesso, direcionada as intuições sócio-políticas, por causa da crise na década de 70 pelos países da Europa, e no Brasil em 1990 com os reajustes da ofensiva neoliberal. O processo de acumulação monopolista que favorecia o capital e os direitos civis perde espaço por causa da crise, com isso, ocorre à redução do Estado em abranger a população através dos direitos, se tornando a favor do livre fluxo dos capitais e mercado. A partir de então, as tarifas alfandegárias entre os países é derrubada, o que leva a abertura ao novo processo capitalista, chamado Neoliberalismo. É o momento em que grandes capitais internacionais dominam com sua lógica desregulamentadora, atingindo o mercado e as leis trabalhistas, ou seja, os direitos mínimos já conquistados pelos trabalhadores.

Como mostra no livro de Netto e Braz (2012), o processo de contrarreforma do Estado tem o papel de reduzir os direitos e seguros sociais, o que impacta em todas as esferas da vida do trabalhador. O Estado deve limitar-se ao intervir na economia na representatividade dos direitos, mas, obtém atividades ilimitadas a favor do capital. A intervenção do Estado agora é reduzida, e o capital domina:

“na proteção dos seus mercados consumidores(...); na garantia de acesso privilegiado(via contratos públicos em setores estratégicos de alta tecnologia). no apoio a assistência regulatória (comercial, diplomática,política e

cobertura militar)(...)” (Dreifuss, 1996:226/227 apud Netto e Braz, 2012:239).

Resumido, portanto, o capital é favorecido pelo Estado, essa característica Estatal se fortifica mais a partir da crise de 70. A redução da efetividade do Estado nos direitos sociais a favor do grande capital monopolista é o principal alvo: “*Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital*” (Netto e Braz, 2012:239). O capital continua demandando ao Estado o investimento instantâneo, principalmente, nas indústrias bélicas, através da alta tecnologia, no campo da pesquisa e investigação. Não esquecendo que as grandes potências internacionais protegem seu mercado.

Ainda para os autores, para entender melhor essa passagem da democracia para a anti-democracia, o Estado depois da década de 40, no chamado *Anos Dourados*, assumia uma responsabilidade, como já foi falado, na garantia das condições gerais para produção do capital. Significa que, o Estado queria garantir ao capital todas as formas de proteção a sua economia, como assumir uma responsabilidade com a classe trabalhadora para garantir tais proteções ao capital.

Os autores dizem sobre a refuncionalização do Estado na sua efetividade direta: “*O Estado passou a ser inserir como empresário nos setores básicos não-rentáveis (especialmente os que fornecem monopólios, a baixo do custo, insumos e matérias primas fundamentais), a assumir o controle de empresas capitalistas com dificuldades(...)*” e sobre a sua efetividade indireta: “*além das encomendas/compras aos monopólios, residem nos subsídios mascarados(...), nos maciços investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa(...)*” (Netto e Braz, 2012:216). Se fala também ainda de acordo com sua efetividade indireta, que o Estado tenta através de estratégias, das pesquisas, vê a área mais lucrativa para o capital investir. Portanto, através dessas estratégias o Estado para evitar qualquer ataque ao capital, fornece a classe trabalhadora políticas sociais.

Mediante todo o retrocesso do Estado que agora é mínimo, Netto e Braz (2012) apontam que as relações do novo mundo trabalhista é extremamente complexo e perturbador, com a ganância do grande capital em obter as altas taxas de lucro. Diz

então, que a desregulamentação e flexibilização do trabalho e dos serviços é necessário, atingindo negativamente principalmente os países periféricos, pois as grandes potências internacionais ao transitar com seu livre capital atingem essas camadas, após a derrubada das tarifas alfandegárias. As grandes potências internacionais protegem o seu mercado interno, como mostra na OMC (Organização Mundial do Comércio).

. A flexibilização é a retirada da responsabilização do Estado a favor do setor privado-mercado e de serviços o que deixa o trabalhador instável, nesse momento grandes empresas públicas são entregues ao capital, assim como, serviços públicos são privatizados e outros. Resume-se, que Estado favorece as privatizações dos serviços e o mercado, investindo apenas no que favorece a acumulação capitalista, levando a redução dos direitos sociais. Com isso, a desregulamentação e flexibilização dos serviços e do mercado de trabalho, são reajustes do capital para lucrar através da alta exploração e redução dos direitos, gerando péssimas condições de trabalho, baixos salários, enfraquecimento do sindicato dentre outras consequências, principalmente após as terceirizações dos serviços.

Netto e Braz (2012) dizem que os grandes monopolistas que ultrapassam as fronteiras, reestruturam a produção com o objetivo de estimular o consumo (serviços e mercados) com as novas formas de atuar do capital e a avançada tecnologia, ao reduzir a efetividade do Estado contra a classe trabalhadora. Assim, gera uma discordância entre os pobres que podem pagar pelos serviços e os pobres alvos da assistência, financiada pelos impostos, ou filantropia.

Acordando com Santos, Cople, Mafra, Aquino e Coutinho (2013), afirmando o que foi mencionado acima, os organismos internacionais mantém um acordo com os Estados nacionais para combater a nova pobreza e desigualdade decorrente, com um atendimento dos programas sociais focalizados e seletivos, através da transferência de renda, intermediado pelos impostos altos, ocasionando a redução dos salários e cortes dos seguros sociais. A pobreza não é reduzida, mas, sim agravada pelo processo de gerar nova pobreza mediante processo de desregulamentação trabalhista, nos países periféricos, como o Brasil.

A mercantilização de todas as esferas sociais está presente entre a produção e trabalho, na qual a acumulação do capital visa diminuir os interesses da classe trabalhista, com o aumento da exploração, objetivando sucumbir as políticas sociais, através da privatização, mercantilização e diminuição efetiva do fundo público. O Estado mais uma vez a favor do grande capital. O Estado, também, se desresponsabiliza com o setor da saúde, no qual a descentralização e focalização dos serviços tornam-se um problema por serem insuficientes. Os serviços ao se tornarem ineficientes no atendimento, dá-se espaço aos serviços alternativos pagos como os planos de saúde.

Ainda para os autores, pode-se dizer que no Brasil os direitos sociais foram maquiados com os avanços à cobertura da Seguridade Social e ao acesso a infraestrutura de serviços públicos básicos. Ao passo que estes por meio de reformas foram levados a privatizações, se tornando assim excludente, aqueles que não podem pagar por estes serviços e benefícios se tornam alvos da filantropia e da assistência focalizada, por causa do livre mercado que favorece o consumismo.

Diante destes fatos já expostos, no Brasil e em toda a América latina, neste sistema Neoliberal o Estado fica sendo conhecido como Estado de “*Mal-Estar*”, com seu cume no assistencialismo e no “livre” Mercado. E Soares (2000) comenta sobre a legitimação desta política que tem oscilado, particularmente nos países da América latina, entre o assistencialismo e a repressão.

Além disto, o Estado Neoliberal cumpre com um papel de financiador, através de impostos diretos e indiretos, como já foi falado, em que busca-se uma produção enxuta, não mais produção em massa, sem estoque e em locais que a mão de obra seja mais barata – de legislação trabalhista mais flexível- acontecendo o que conhecemos como reestruturação produtiva, uma racionalização. Neste cenário o Capital tem livre acesso aos mercados financeiros, configurando a intensificação da exploração.

Quanto às privatizações dos serviços - sendo totais ou parciais-, fazendo parte das estratégias neoliberais de desestruturação dos serviços sociais públicos em que se inclui a focalização, que já foi mencionada e exemplificada em laudas acima, e a

descentralização dos serviços sociais, que, segundo Soares (2000), transferem a responsabilidade sobre serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais do governo, e completa dizendo:

“Estes, de modo geral com menor poder de arrecadação que o nível federal, recebem tais serviços para fechá-los ou mantê-los num nível mínimo de funcionamento. Dessa forma, o nível central do governo libera-se de seus serviços, não para descentralizar de forma gradual e consistente um sistema, senão que para transferir um problema” (Soares, 2000:77).

E no que se refere as privatizações, a autora comenta:

“A principal consequência da privatização tem sido, na realidade, a introdução de uma dualidade discriminatória: serviços melhores para quem pode pagar (privados), e de pior qualidade ou nulos para quem demanda o acesso gratuito. Introduz-se a falsa ideia do autofinanciamento dos serviços” (Soares, 2000:78).

Devido a este sucateamento dos serviços públicos e desmonte dos serviços sociais, há um retrocesso histórico no que se diz respeito ao mecanismo de autoajuda, que tornam a procriar-se devido às necessidades postas. Desta forma, auxiliam o Estado a se distanciar cada vez mais de suas responsabilidades sociais sendo, assim, um problema já que passam a substituir os serviços públicos e não a complementar.

Em Soares (2000) há um apontamento para as duas últimas estratégias: a focalização e autoajuda nos *Programas de combate à pobreza*, marcados, segundo autora, pelo seu caráter residual, emergência e temporário. Tal modalidade de programada social tem sido o foco principal de propostas financiadas por órgãos internacionais para minimizar os efeitos da crise econômica e dos processos de ajuste.

Para March (2011) na área da saúde, diante o contexto já citado, a redução do direito dos trabalhadores a favor do grande capital é gerado por meio da terceirização, privatização e mercantilização dos serviços. Visto isso, acontece no SUS:

“terceirização de serviços finais através de empresas privadas, de cooperativas de funcionários, cooperativas de agentes comunitários, etc.; “triangulação” através de Fundações de Apoio, Organizações Não Governamentais vinculadas ao Estado e outras

entidades; uso indiscriminado de contratos temporários e cargos comissionados; Contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como bolsas de trabalho, pró-labore, etc.”(March,2011:181).

Pode se dizer então, que a terceirização dos serviços fez com que o trabalho na área da saúde fosse precário tanto nos direitos dos trabalhadores quanto nos serviços prestados dentro dos hospitais ou clínicas, não excluindo o fato de que a contratação é prestada pelo campo privado, reduzindo os concursos públicos e aumentando a contratação pela prefeitura que são via contratos precários. Os serviços por serem descentralizados facilitam para que os recursos fiquem sobre responsabilidade do governo local, colaborando assim para a falta de estrutura de dentro dos serviços da saúde, assim como os recursos do Estado que eram direcionados aos serviços públicos agora é ressocializado com o campo privado.

Capítulo 3

Contrarreforma do Estado e Reforma Psiquiátrica

Neste capítulo discorreremos sobre o impacto da ofensiva neoliberal sobre a Constituição Federal de 1988 que prevê o provimento dos direitos sociais universais, de qualidade e gratuito na tentativa de responder as necessidades básicas do cidadão. Diante da lógica neoliberal nem mesmo o mínimo é provido para muitos cidadãos, sobretudo, com doença mental, que se veem excluídos e distantes de qualquer amparo da lei, se tornando totalmente desamparados e em alguns casos moradores de rua. Ou seja, atendendo a lógica do Capital, dividindo a cidadania em cidadão e cidadão consumidor, o Estado só teve mudanças regressivas, não podendo falar de reforma e sim de contrarreforma do Estado.

3.1 Projeto neoliberal e seu impacto na formulação da Constituição Federal de 1988

Referenciando Behring e Boschetti (2006), começaremos o capítulo fazendo uma reflexão sobre a constituição de 1988:

"No Brasil, do ponto de vista da reforma democrática anunciada na Constituição de 1988, em alguns aspectos embebida da estratégia social-democrata e do espírito *welfariano* - em especial no capítulo da ordem social -, pode-se falar de uma contra-reforma em curso entre nós, solapando a possibilidade política, ainda que limitada, de *reformas* mais profundas no país, que muito possivelmente poderiam ultrapassar os próprios limites da social-democracia, realizando tarefas democrático-burguesas inacabadas em combinação com outras de natureza socialista" (Behring e Boschetti, 2006:150).

Sobre a análise das autoras, há um viés entrelaçado no que diz respeito aos ganhos da classe trabalhadora, aquela classe subalterna, que começa a obter conquistas social-democratas concreta no pós 2º guerra mundial, *Welfare-State*. Porém, as conquistas referenciadas são reduzidas no começo da grande crise do capital, na década de 70, como já foi mostrado nos capítulos anteriores.

Posterior a crise financeira mundial, a resposta política e econômica foi a implementação do projeto neoliberal. Entretanto, no Brasil, onde nunca se teve avanços sociais e políticos, considerando a raiz antidemocrática e conservadora, este projeto trouxe consigo várias consequências à classe subalterna na década de 80, principalmente, após a constituição de 1988 em que os supostos avanços inspirados no *Welfare-State* são reduzidos a lógica do capital, através da *Reforma*.

O autor Faleiros (2000) apresenta que na historicidade dos avanços sociais, incluindo a seguridade social e outros, instituídos na constituição de 1988, sofrem regressões. Contudo, a privatização e a retirada da previdência social, devido a contrarreforma do Estado, são culpa de uma lógica excludente que envolve a ampliação do mercado. A constituição de 1988 é transgredida, inicialmente, no governo de Fernando Collor de Mello, em que a inflação chega em seu patamar altíssimo, o Estado é minimizado e a lógica do mercado se introduz, não esquecendo que foi uma continuidade do governo de Sarney. Fernando Collor deu continuidade ao processo de abertura econômica e acelerou o processo privatista do governo anterior. De 1993 até 1994 a inflação é contida no governo de Itamar Franco, com a elaboração da moeda do *Real*.

Ainda para o autor, foi em 1993 que a LOAS (lei orgânica da assistência social) foi aprovado, abrangendo os cidadãos excluídos, sendo um dever do Estado e direito do cidadão. A LOAS deu abertura aos mínimos sociais, incluindo os idosos e portadores de deficiência física, proporcionando a estes uma renda familiar de 1/4 do salário mínimo per capita. Com o que foi declarado, no ano citado, a reforma da previdência acontece por causa de sua crise e o conceito da descentralização, sendo extinto a LBA (Legião Brasileira de Assistência), INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social).

Com a extinção do INAMPS, que passou a pertencer ao ministério da saúde desde 1985, a saúde agora é estritamente vinculada ao SUS, com o conceito da equidade, controle social, universalidade e descentralização. Entretanto, no que diz respeito a saúde, esta é mercantilizada e privatizada, fazendo com que a classe subalterna seja alvo do minimalismo Estatal e fique à mercê de um sistema incompleto, nos anos seguintes. As redes privadas da medicina e consultórios médicos pagos, são respostas a abertura do mercado financeiro e de um Estado ineficiente.

As políticas sociais também são alvo do Estado mínimo, através do sucateamento dos direitos e ampliação do mercado no decorrer histórico, entretanto, com a modificação do sistema em todas as esferas, no ano de 1999 a previdência social é reformulada rigorosamente, com o aumento dos anos de contribuição.

No Governo de Fernando Henrique Cardoso, que foi eleito através do discurso da *Reforma constitucional e estabilização econômica*, dito *plano real*, sendo um momento em que a crise capitalista da década de 70 e crise da URSS, no final da década de 80, estavam sendo alvo da reforma econômica mundial. Portanto, a moeda americana se universaliza, fazendo com que a hegemonia do poder americano e o capital financeiro se firmasse, também foi momento em que as grandes firmas criaram alianças, contudo, o comércio se expande. Entretanto, com a universalização da economia mundial baseada na moeda americana, os países de terceiro mundo sofrem com respostas negativas tanto na economia quanto socialmente falando. Pois é o momento em que a abertura do mercado interno se torna ilimitado com a entrada e saída dos grandes capitais,

favorecendo os poucos grupos especulativos. O Brasil frente a crise e reformulação financeira mundial, sob o comando do FHC, partiu para o quesito da *reforma constitucional*, com possibilidade de:

"(...) maior abertura possível da economia aos capitais internacionais, inclusive eliminando os monopólios estatais, privatização do patrimônio público e redução dos direitos sociais com a desregulamentação das leis trabalhistas. (...) o Governo se mercado e de redução do Estado (...)." (Faleiros, 2000:52).

Diante o referenciado, as promessas do governo FHC foi literalmente contrário as suas convicções indicadas no discurso. Mesmo que o plano real tenha sido o responsável pela redução da desigualdade no Brasil, com a estabilização dos preços a favor dos mais humildes, o desemprego aumenta junto a violência devido a desestruturação da indústria nacional e redução das exportações. Com isso, o país submete-se ao monitoramento do Fundo Monetário Internacional, sendo o momento em que o país perde a autonomia decisória sobre si próprio, estando o mercado sob o comando.

Quanto ao modelo político, este é de maior favorecimento à redução da exportação, por isso o governo elevou os juros e aumentou a inflação, efetivando consequências negativas já mencionadas. O Real se mantém estável até o ano de 1999, e com a efetivação do câmbio livre o real perde seu valor.

Para Behring e Boschetti (2006), tudo o que foi referenciado acima de acordo com o autor citado, a redução do poder público sobre o discurso do avanço sócio-democrático, privatização dos serviços e da *coisa pública* e ampliação do mercado, está vinculado a verdadeira *Reforma* do caráter conservador, a favor da burguesia, em que as políticas públicas são revestidas, cada vez mais, de estruturas mínimas para atingir a abrangência democrática. Não se pode excluir a hipótese, também, que a dependência do Brasil, sob o capital externo aumenta a dívida pública com aumentos inflacionários e reduz a responsabilidade do Estado.

O governo FHC se estendeu ao governo do Inácio Lula da Silva, e este último deu continuidade às políticas públicas por meio de cortes orçamentários, consequência das

dívidas adquiridas do governo anterior e do neoliberalismo a favor do mercado. Por isso, que a *Reforma* do Estado, no que diz respeito aos direitos, tornam-se cada vez mais conservadores, tendo o favorecimento obviamente da corrupção *do poder legislativo*.

Ainda para as autoras Behring e Boschetti (2006), o governo anterior a presidência do Lula, foi ainda mais anti-democrático, apresentando medidas desrespeitosas em relação aos debates sobre negociação e formulação das políticas públicas, com isso as *reformas constitucionais* tendem a um processo retrógrado e contínuo.

“A ‘reforma’, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com política econômica e o *boom* da dívida pública. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social - em nome da qual se faria a “reforma” -, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional da seguridade social.(...) Daí decorre o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais - privatização, focalização/seletividade e descentralização (Draibe,1993) -, o qual tendeu a se expandir através do “programa de publicização(...)” (Draibe, 1993 apud Bering e Boschetti, 2006:155).

Portanto, ao que diz respeito à análise das autoras, pontua-se a ineficácia da seguridade social, que é resposta também pelo fracasso do plano real, que levou ao aumento do desemprego e miséria, diante a expansão da demanda, esbarrando posteriormente com o favorecimento econômico ao capital, levando ao trinômio da política.

As autoras Behring e Boschetti (2006), firmam-se na ideia de que a não consumação do que foi previsto na constituição de 1988 para a universalização da proteção social, “(...) *direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social*” (Behring e Boschetti, 2006:156), é a falta de organização do Estado diante a sua crise fiscal, que ao se esbarrar com o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais na década de 90, processo de sucateamento dos direitos e desmonte da previdência social, com a influência dos organismos internacionais torna-se essencial e efetivo no país.

A luta dos trabalhadores na década de 80 foi que influenciou a mudança da constituição. O conjunto de proteção social no conceito da seguridade social do país envolve *a saúde, previdência social e assistência social*, sendo claro o conceito de que a proteção social continua sendo pulverizada, incompleta e fragmentada, por motivos já mencionados anteriormente. O impacto da estrutura neoliberal no país gera uma nova pobreza. As autoras referenciando Soares dizem que: "*o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social*" (Soares, 2000:35 apud Behring e Boschetti, 2006:58).

As autoras ainda com base em Soares (2006), mostram que a nova pobreza é gerada por causa do Estado de mal-estar que dá descontinuidade ao modelo da seguridade social no Brasil. Não o bastante, é refletido também, que a retirada dos direitos sociais com o direcionamento voltado à focalização, seletividade e descentralização reduz a ideia do acesso universal que é excludente e aumenta a demanda. Tais afirmações são apontadas na seguinte análise de tais autoras:

"a tendência é de privatizar os programas de previdência e saúde e ampliar os programas assistenciais, em sincronia com as mudanças no mundo do trabalho e com as propostas de redirecionamento da intervenção social do Estado"(Mota, 1995:122 apud Behring e Boschetti, 2006:160).

O que foi mencionado aponta que a estrutura social do país não está preparada para o empoderamento neoliberal, que usa do argumento privatista para estimular o consumo dos serviços ao diminuir o acesso às políticas sociais, criando uma dualidade discriminatória que divide a população entre os que podem pagar e os que não podem pagar pelos serviços, assim como, a assistência ao ampliar pertence a alguns seletos, bolsa família e outros.

Os trabalhadores, os que podem pagar, financiam o sistema para transferência de renda, esses ao ficarem mais desprotegidos socialmente, contribuem para a camada mais pobre a disponibilidade aos programas assistências que continuam sendo insuficientes. Os programas assistenciais aumentam com o objetivo de ampliar o consumo daquela classe mais pobre, demandando cada vez mais os Centros de

referência de assistência social Cras e Creas.

3.2 Contra Reforma do Estado e Reforma Psiquiátrica no Brasil

Quanto à contrarreforma Albuquerque, Oliveira, Soares e Teodósio (2013) referenciando Behring (2008), comentam sobre a afirmação de não ter ocorrido uma reforma, e sim uma contrarreforma que sucedeu após as mudanças do capitalismo contemporâneo, em que o Estado teve uma redefinição de seu papel, que se resume e mediar as ações deixando de ser executor e garantidor de direitos. Desta forma a contrarreforma traz grandes mudanças, próprias da ideologia burguesa, para a população e políticas sociais operacionalizadas pelo Estado, trazendo desta forma retrocessos históricos para a classe trabalhadora e perdas no que tange os direitos sociais historicamente conquistados pelas lutas da classe trabalhadora.

Ainda segundo autores, dentro do contexto neoliberal é impossível falar de reforma, pelo fato de terem ocorrido apenas mudanças conservadoras e regressivas, onde o Estado atende a lógica do Capital e de sua reprodução social. Partindo disto o que teve no Brasil foi uma contrarreforma, por ter ocorrido uma transfiguração, precarização e flexibilização nas relações de trabalho.

O processo de contrarreforma do Estado trouxe consigo grandes implicações para a saúde mental, segundo Dos Santos (2014), seguindo esta perspectiva aderiram novas formas e gestão dos programas, onde a principal característica era a privatização, terceirização e a descentralização do atendimento.

A autora Dos Santos (2014) comenta sobre a prática de isolamento em hospitais psiquiátricos, ou melhor, dizendo, manicômios (já que eram da forma mais violenta) que por muito tempo era o tratamento recebido pelas pessoas com transtornos mentais, tornando-se prática de controle social de uma péssima qualidade e infraestrutura, além da violência para com os usuários. Estes eram procurados por aqueles que não tinham

condições econômicas que possibilitasse um melhor tratamento que fosse por conta própria, sem depender do serviço público.

De acordo com Dos Santos (2014) a expansão destes manicômios no Brasil datam das primeiras décadas do século XX. Tendo um grande investimento por parte do governo nos anos 60 e 70, concretizando um “*modelo manicômio-independente*”. A Reforma Psiquiátrica seguiu um processo de redemocratização do país, já que ocorreram em paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país, ocorrendo num cenário de reivindicações por mudanças políticas e se desenvolvendo no campo de luta dos movimentos sociais.

Ainda segundo autora, a Reforma Psiquiátrica deve ser analisada para além dos ganhos obtidos, como a emergência do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) e da aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado. Esta deve ser vista como fato social e político que faz representação da mudança no modo de idealizar, analisar e tratar o louco. Sendo necessário, também, salientar a interlocução dos setores, do diálogo entre o saber psiquiátrico e as demais disciplinas da área de saúde e do campo social.

Quanto às conquistas sociais previstas na constituição, estas não atingem somente os pacientes de psiquiatria e os trabalhadores de saúde mental, mas reflete também, como diz Delgado (1992) referenciado por Dos Santos (2014): “*sobre territórios heterogêneos, como as disciplinas universitárias, a opinião pública, o mercado de serviços de saúde, dentre outros*”.

Referenciando Amarante (1992), Dos Santos (2014), coloca em pauta a questão da *Reforma* ser um processo social complexo e permanente, não tendo um fim predeterminado, trazendo um desafio para os trabalhadores da saúde mental, o de estimular as práticas desinstitucionalizantes, criando um ambiente propício à disseminação da cultura antimanicomial, compreendendo que este entendimento contribuirá para fortalecer a *Reforma Psiquiátrica* no Brasil, já que propõe uma reflexão sobre a participação na perspectiva de uma nova forma de cuidar do sujeito.

Segundo Dos Santos (1994) a reforma psiquiátrica por sua vez não alterou a lógica manicomial e não derrubou a distancia da sociedade, embora tenha trago modificações técnicas e humanizadoras, o hospital psiquiátrico é excludente. A prática da desinstitucionalização se expressa em criar um novo espaço de cuidado da pessoa com transtorno mental, de maneira que ocorra uma superação das condições de dependência contribuindo assim para a inserção deste na sociedade. Mas, essa pratica de desinstitucionalizar reduz a política de saúde a uma desospitalização psiquiátrica cometendo assim o descuido com o cidadão.

“Com a proposta da Reforma psiquiátrica brasileira e a substituição do modelo asilar pelo tratamento ambulatorial, a família que antes era colocada à parte do tratamento, na contrarreforma é chamada a participar ativamente, sendo incumbida pela reinserção social do paciente. O que é um fato positivo, no entanto, a família vem sendo inserida como a principal estrutura de cuidado na Política de Saúde Mental no contexto neoliberal, seguindo a lógica de substituição do Estado. Desta forma o Estado transfere sua responsabilidade para a sociedade sob a justificativa do voluntariado e da solidariedade.”(Dos santos, 2014:38).

Entretanto o avanço da reforma psiquiátrica ocorreu contraditoriamente e concomitantemente com a contrarreforma do Estado:

“Paradoxalmente, políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas em geral, induzem a processo de desospitalizacao, já que a manutenção das instituições psiquiátricas convencionais constitui item de custo elevado para o Estado. Nessa modalidade, a tendência é gerar processos sem garantia de assistência na comunidade, provocando negligencia social e aumento da população de rua, incluindo portadores de transtorno mental” (Vasconcellos, 2000 apud Scheffer e Silva, 2014:372).

Segundo Negrão e Oliveira (2014) a política Neoliberal trouxe retração do Estado, passando a responsabilidade que antes era sua para a sociedade civil, partindo do pressuposto que a sociedade civil não consegue suprir o alto custo que as instituições psiquiátricas demandam, houve um aumento de portadores de transtorno mental em situação de rua, os postos em risco social.

Diante disto, a autora Dos Santos (2014) fala sobre uma importante colaboração da tal que os permite compreender uma questão primordial: o quanto o hospício era lucrativo para o setor da medicina. Sendo que esta mercantilização da psiquiatria “*não apenas impediu a constituição de uma rede de recursos extra-hospitalares capaz de reverter o caráter hospitalocêntrico e curativista da assistência psiquiátrica brasileira como também retirou toda potencialidade preventista dos poucos recursos constituídos na época que pretendiam reduzir as internações psiquiátricas*” (Rodrigues, 1996:49apud Dos Santos, 2014:40)

Segundo Dos Santos (2014):

“A meu ver os princípios da Reforma Psiquiátrica acabam seguindo a lógica da contrarreforma do Estado, já que se deu em paralelo ao sucateamento dos serviços públicos de saúde, numa tendência primeiro de privatização e posteriormente de desospitalização da psiquiatria. A desospitalização, nesse sentido, é compatível com programas de racionalização administrativa e financeira orientados por políticas neoliberais e conservadoras”(Dos Santos, 2014:41).

Desta forma, mediante toda análise e problematização exposta, partimos para a conclusão sobre a hipótese de sucateamento dos serviços de saúde mental.

Considerações finais

Frente às argumentações apresentadas nesse trabalho, podemos concluir que as mudanças no Estado Brasileiro no fim da década de 1980 e especificamente a partir de 1990 a Reforma do Estado, melhor dizendo “Contrarreforma do Estado” configuraram-se como um processo articulado por uma dinâmica tensionada por relações econômicas e histórico-sociais, de viés neoliberal trazendo em si fortes impactos para as políticas sociais. Alguns dos impactos dessa ofensiva são: a precarização das políticas sociais, retirada do Estado no enfrentamento das manifestações da questão social, focalização nos mais pobres através da assistência, sendo também alvos da filantropia, dentre outros.

Reafirmamos que houve uma contrarreforma pelo motivo de terem ocorrido retrocessos dos direitos sociais historicamente conquistados através das lutas dos trabalhadores, dentre esses direitos está a saúde, tida como fundamental como prevista na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde esta que deveria ser dever do Estado de garanti-la, além de ser integral, igual para todos, universal e com participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com contexto econômico, social, cultural do País, ou seja, “os processos de saúde e doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens” (Nunes, Machado e Bellini, 2003:3).

Ao ter tomado como reflexão sobre o retrocesso dos direitos que abrange todas as esferas sociais, incluindo a não responsabilização do Estado Brasileiro sobre seu devido dever, direciona-se, então, para a privatização, focalização/seletividade e descentralização a favor do capital, principalmente na área da saúde em que o sucateamento do fundo público também é responsável pela não efetividade do Estado. No âmbito da saúde mental o discurso de desinstitucionalizar, se iniciando na década de 70 e firmando-se no fim da década de 80, é concretizado apenas na década de 90, portanto, o doente mental se incluiu na lógica da exclusão.

É notório que o modelo médico assistência privatista com a mercantilização da loucura na década de 70, hospitais psiquiátricos, nunca deixou de existir por ser rentável a área da medicina, ocorrendo apenas a revolução na teoria, sem maiores acréscimos nos anos seguintes. Não houve avanço para redução do asilamento, pois o que estava prescrito na constituição de 1988 e a lei Paulo Delgado 1992, este último a favor da concessão do direito ao doente mental e redução das internações, se esbarrou com a lógica do mercado.

O direito do doente mental sendo atingido pela lógica da refuncionalização Estatal em 1990, faz com que esse fique desprotegido socialmente sendo alvo da filantropia, polícia, more na rua, vá para albergues dentre outras consequências. É possível afirmar que a contra reforma do Estado incide na reforma psiquiátrica, que talvez tenha se tornado contra reforma psiquiátrica.

Ao mencionar Rodrigues (1996) essa conclui:

“A luta pela abolição do asilo não pode estar à serviço da barbárie do capitalismo, não pode em nome da libertação da loucura estar desatenta à história ou estar de olhos fechados para a dinâmica social mais ampla.(...) Não falamos em assistência como os filantropos. É fundamental compreender que a assistência, transmutada em políticas sociais, é forjada no embate entre o capital e o trabalho no período do capitalismo monopolista” (Rodrigues, 1996:161)

O neoliberalismo foi o responsável pela concessão do Estado democrático para o Estado Mínimo, atingindo todas as esferas políticas, sociais e econômicas. O sucateamento na área da saúde é resultado do Estado mínimo, com isso, é afirmado que as políticas sociais em geral sofrem retrocesso impossibilitando a consolidação de um sistema amplo de serviços, principalmente, na área da saúde mental.

A assistência almejada é referida aquela que possibilita um amplo acesso do louco a democratização, o tirando do asilo e o incluindo na sociedade, porém, de forma humanitária e consolidada. Consolidada para garantir a desinstitucionalização por meio de uma assistência não voltada para a filantropia, e sim, para a inclusão social dos loucos

de forma assegurada através dos serviços alternativos, isso chama-se reforma psiquiátrica.

É apontado que:

“A permanência dos asilos assegura e oculta a falta de investimento em saúde e em serviços mais amplos” (Rodrigues, 1996:162)

A linha do cuidado sobre o paciente faz parte do discurso embutido na reforma psiquiátrica, que retira o conceito da cura. O cuidado existe a partir do momento em que as necessidades sociais são atendidas de forma para combater as manifestações da *Questão social* com assistência. Porém, se sabe que a ofensiva neoliberal esbarrou com o projeto da reforma psiquiátrica, fortificando as internações e reduzindo os mecanismos de proteção ao doente mental, sem os serviços alternativos às internações. O doente mental fica limitado a uma lógica excludente por causa da diminuição dos leitos, diminuição dos hospitais, priorizando a municipalização dos hospitais, os serviços alternativos às internações, como o CAPS, são insuficientes. Diante o que foi apontado fortifica a ideia de que a filantropia, responsabilização da família, comunidade e redes privadas só faz a aumentar.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998;

ANDERSON, P. et al. Balanço do Neoliberalismo. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999;

ALBUQUERQUE, Cynthia Studart; OLIVEIRA, Francisca Vannágila Lemos; SOARES, Raí Vieira e TEODÓSIO, Sheila de Sousa. A contrarreforma do Estado e suas implicações na políticas de Educação Superior. Colóquio: Sociedade, políticas públicas, cultura e desenvolvimento-CEURCA, ISSN 2316-3089. Universidade Regional do Cariri – Urca, Ceará – Brasil;

BEHRING, E. R. Brasil em Contrarreforma – desestruturação do Estado e perdas de direitos. Cortez Editora: São Paulo, 2ª Ed., 2008;

BEHRING, E.R. Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Cortez, 2011;

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. Biblioteca básica de serviço social. São Paulo: Cortez, 2006;

BRADAW, Suleima Gomes; DRAVANS, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectiva para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. Textos e Contextos, Porto Alegre, v.9, n.2, p.229-243, ago.dez. 2010;

Brazil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, 2004;

DUARTE, Silvia Louzada, and Maria Lúcia Teixeira Garcia. "Reforma Psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil." *Emancipação* 13.1 (2013): 39-54;

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil: capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea, questão social e serviço social, módulo 03. Política Social. Brasília: UnB, 2000;

MARCH, Claudia. "A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos." *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 5.1 (2011): p-175;

NETTO, J. P.; BRAZ, M. Economia Política: uma introdução crítica. Biblioteca básica de serviço social. São Paulo: Cortez, 2012;

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde-SUS. In: Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. 2008;

RODRIGUES, M. Reforma Psiquiátrica e o Combate ao Domínio da Razão Normativa: a assistência na encruzilhada. 1996;

SANTOS, S. A Centralidade da Família no Tratamento da Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2014;

SANTOS, CLEUSA; et al. "REFUNCIONALIZAÇÃO DO ESTADO NA LÓGICA MERCANTIL.";

SOARES, L. T. O Impacto do Ajuste Sobre a Política Social: o desmonte e as propostas de "reforma". Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. Questões de nossa época. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000;

<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada-1/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada> (Acesso: 10/04/2015 Hora: 21h00min);

ZAMBRONI DE SOUZA, P.C. "Trabalho e Transtornos Mentais Graves: breve histórico e questões contemporâneas." Psicologia: ciência e profissão, 2006.